

الخطيرات السلكية والإنفصالية

د. جوزيف نجاشي
فؤاد شاد والبرت أنطون

كتاب مطبوع في مصر





الاضطرابات السلوكية والانفعالية

رقم المسمى: 555.45 .
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: 2000/4/1554 .
المسؤول: ومن هو في حكمه - حملة أحادي يصي
عنوان المكتبة: الأصوليات الملوκية والافتخارية
نوع المحتوى: 1- ميكانيوجرافيا الاطفال
- 2-
نات الصدور: عمان - دار الفكر
• تم إصدار بيانات الهرمة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

كتاب (طبع مخفر دار الفكر)

الطبعة الأولى

1421هـ - 2000م



دار الفتح للطباعة والنشر والتوزيع

سوق البتراء (الحجري) - هاتف ٤٦٢١٩٣٨
فاكس ٤٦٥٤٧٦١ ص.ب ٧٨٥٢٠ عمان ١١١١٨ الأردن

Hussein Mosque
Tel. : 4621938 Fax: 4654761
P.OBox: 183520 - Amman - 11118 Jordan

ISBN 9957-07-159-9 (ردمك)

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الدكتورة خولة أحمد يحيى

قسم الارشاد والتربية الخاصة
كلية العلوم التربوية
الجامعة الأردنية

الطبعة الأولى

2000 م - 1421 هـ

دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع - عمان



mohamed khatab

مقدمة

يتصف الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعالياً بعدم القدرة على إقامة علاقات صداقية مع الأفراد المحيطين بهم، لذا فإننا نرى أن بعضهم انسحابي لا يميل إلى التفاعل مع الآخرين، ومثل هذه العزلة الاجتماعية عادةً ما تكون مفروضة عليهم من ذواتهم. إضافة إلى ذلك، هناك عوامل تساهم في ابعاد الآخرين عن هؤلاء الأطفال المضطربين، حيث إنهم يندفعون نحو السلوكات العدوانية، والإيذاء، وعدم المسؤولية، والميل إلى السيطرة، والمشاكسة. هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن جزءاً من المسؤولية يقع على عاتق الكبار، حيث إنهم لا يعفون وقتابصحة هؤلاء الصغار، وإن حدث وأمضوا جزءاً من وقتهم وبادر أيّ من هؤلاء بإبداء سلوك مضطرب، عمدوا إلى عقابه! لذلك فمن غير المستغرب أن يصبح هؤلاء الأطفال مشوشين، محاولين إفساد كل ما يحيط بهم مع أي فرد قريب منهم.

وهكذا، فالمشكلة لا تكمن فقط في سلوك الطفل أو في البيئة المحيطة به، ولكن تبع أهميتها من حيث عدم وجود علاقة تفاعلية ملائمة بين الطفل وبيته.

عندما نتحدث عن الأضطرابات السلوكية والانفعالية، فإن ذلك يشمل أفراداً عاديين تظهر لديهم الأضطرابات السلوكية والانفعالية في فترة ما من فترات حياتهم، نظراً للظروف البيئية المحيطة بهم، إلا أن ذلك لا يعني أنهم ماضطربون، لذلك يجب قبل تسمية الأضطراب السلوكية والانفعالية أو تصنيفه لدى الفرد الأخذ بعين الاعتبار التغيرات التالية: تكرار السلوك، وشدة، ومدته.

ويتناول هذا الكتاب ستة فصول، حيث يركز الفصل الأول على:

- التعريف والتصنيف.
- تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكياً وانفعالياً.

- الانتشار (نسبة وجودهم) والمتغيرات التي لها علاقة: العمر، والجنس، والذكاء، والتحصيل.

- الاستمرارية.

- أسباب الأضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام.

فيما يركز الفصل الثاني على أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الأضطرابات السلوكية والانفعالية، وهي:

- النظرية السلوكية.

- النظرية البيئية.

- النظرية البيوفسيولوجية.

- النظرية التحليلية.

وقد خصص الفصل الثالث لصفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، ضمن العناوين التالية:

- الصفات الانفعالية والاجتماعية.

- خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم.

- خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً والمعروفين انفعالياً بدرجة شديدة واعتمادية.

- الكشف، والتعرف، والتشخيص والتقييم.

- إجراءات الكشف والتعرف: تقديرات المعلمين، وتقديرات الوالدين، وتقديرات الأقران، وتقدير الذات، والتقديرات المتعددة.

- التعرف والتشخيص في الجوانب الأكادémية.

- الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية: الملاحظة المباشرة للسلوك، والاختبارات والتقييم التسخيسي في جوانب الصحة العقلية.

وقد أتبعت ذلك بالحديث عن الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، فصنفتها في الخدمات التالية أنواعها:

- الخدمات التربوية.

- الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي.

- الخدمات الطبية.

- الخدمات الاجتماعية.

وقدمت أخيرا نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا.

أما الفصل الخامس فقد تناول موضوع ضبط سلوك المضطربين سلوكيا وانفعاليا وبخاصة في المجال الصفي، ضمن المفردات التالية:

- الإدارة الصيفية والنظام الصفي.

- المشكلات السلوكية لدى الطلاب.

- المظاهر الشائعة للمشكلات السلوكية لدى الطلاب.

- مصادر المشكلات الصيفية.

- أساليب معالجة المشكلات الصيفية:

1. استراتيجية تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الصيفية.

2. استراتيجيات أخرى لضبط السلوك الصفي، من مثل:

أ. الاستراتيجية التطورية.

ب. الاستراتيجية البيئية.

- ج. الاستراتيجية النفسية الدينامية .
- د. الاستراتيجية النفسية التربوية .
- إدارة الصف في المدرسة العادبة .
- أنظمة صنوف المضطربين الأخرى .
- الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة شديدة .
- الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة بسيطة ومتوسطة .
- الاعتبارات التربوية عند دمج المضطربين في المدارس العادبة .

ويأتي الفصل السادس موضحاً ومفصلاً لبعض أشكال الأضطرابات السلوكية والانفعالية ، من مثل :

- النشاط الزائد .
- العدوان .
- الانسحاب .
- التوحد .

الكتاب ليس موجهاً نحو القارئ المختص فحسب ، بل هو موجه إلى كل من له صلة بالسلوك كالمعلمين والمعلمات والأباء والأمهات والمرشدين والمرشدات والقارئ العادي .
ولأنني إذ أقدم هذا الكتاب لأرجو من الله أن يوفقني ويسدد خطاي ويحقق رغبتي التتمثلة في أن يجد القارئون في ثنياً سطوره ما يساعدهم على تفهم الأنماط السلوكية الصادرة عن الأفراد ، تمهيداً لمساعدتهم في تجاوز ما ينجم عنها عن مشكلات .

والله ولي التوفيق

المؤلفة

الفهرس

الموضوع	
الصفحة	
5	مقدمة
15	الفصل الأول : المقدمة
16	التعريف
18	التصنيف
20	تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا
22	الانتشار (نسبة وجودهم) والمتغيرات التي لها علاقة: العمر، والجنس، والذكاء والتحصيل
30	الاستمرارية
31	أسباب الأضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام
35	الوقاية
الفصل الثاني : أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الأضطرابات	
37	السلوكية والانفعالية
39	النظرية السلوكية
53	النظرية البيئية
64	النظرية البيوفسيولوجية
74	النظرية التحليلية
الفصل الثالث : صفات الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا	
89	الصفات الانفعالية والاجتماعية
104	الكشف ، التعرف ، التشخيص والتقييم

106	إجراءات الكشف والتعرف
111	الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية
الفصل الرابع : الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا	
129	أنواع الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا
129	الخدمات التربوية
145	الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي
148	الخدمات الطبية
148	الخدمات الاجتماعية
150	ثأرخ للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا
الفصل الخامس : ضبط سلوك المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا وخاصة في المجال الصفي	
160	الادارة الصيفية والنظام الصفي
162	المشكلات السلوكية لدى الطلاب
163	مصادر المشكلات الصيفية
164	أساليب معالجة المشكلات الصيفية
166	استراتيجية تعديل السلوك
170	الاستراتيجية التطورية
171	الاستراتيجية البيئية
172	الاستراتيجية النفسية الدينامية
172	الاستراتيجية النفسية التربوية
173	إدارة الصف في المدرسة العادلة
175	الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة شديدة

175	الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة بسيطة ومتوسطة
176	الاعتبارات التربوية عند دمج المضطربين في المدارس العادية
 الفصل السادس : بعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية	
179	النشاط الزائد
185	العدوان
193	الانسحاب الاجتماعي
201	التوحد
235	قائمة المراجع
241	مجم المصطلحات

الفصل الأول

- ♦ المقدمة.
- ♦ التعريف والتصنيف.
- ♦ تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكياً وانفعالياً.
- ♦ الانتشار (نسبة وجودهم) والمتغيرات التي لها علاقة: العمر، والجنس، والذكاء، والتحصيل.
- ♦ الاستمرارية.
- ♦ أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام.

مقدمة

لقد بذلت جهود مختلفة لتحديد ماهية السلوك العادي وتعريفه، وما هو السلوك المنحرف من قبل كلاريزيو ومكوي (Clarizio & McCoy , 1993)، وقد اقترحا استخدام المحکات التالية لتقدير التعریفات المتعلقة بالاضطراب السلوکی والانفعالي وهي :

- المستوى النمائي للفرد .
- الجنس .
- المجموعة الثقافية التي يتميّز إليها الفرد .
- مستوى التساهل أو التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل .

لقد ظهرت تعریفات متعددة تطرقـت لتحديد الاضطرابات السلوکیة والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والشباب التي حددـت من قبل الأطباء ، والأطباء النفسيـن ، والمربيـن ، والأخـصائـين النفـسيـن والـقاـنـونـيـن . وقد استـخدـمت تـسـمـيات وـتـعـرـيـفـات مـخـتـلـفـة تـتـعـلـقـ بـالـاضـطـرـابـاتـ السـلـوـكـيـةـ منها :

Social Maladjustment	سوء التكيف الاجتماعي
Emotionally Disturbances	الاضطرابات الانفعالية
Behavior Disorders	الاضطرابات السلوکیة
Emotionally Handicap	الإعاقة الانفعالية
Delinquent	الانحراف

التعريف DEFINITION

لا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية. وخلال الثلاثين عاماً الأخيرة، ظهر عدد من التعريفات من قبل التربويين والأخصائيين النفسيين. ويعود عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام إلى أسباب متعددة، فقد أشار كل من هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1982) إلى تلك الأسباب وهي:

1. عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.
2. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
3. تباين السلوك والعواطف.
4. تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.
5. تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك.
6. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وخدمتهم.

ومن التعريفات الأكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو الذي طوره بور (Bower, 1969, 1978) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعرقين، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال، ويعني المصطلح وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصيل الأكاديمي، وهذه الصفات هي:

1. عدم القدرة على التعلم، التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو الجوانب الصحية العامة.
2. عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو الاحتفاظ بها.
3. ظهور السلوكات المشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادمة.

4. مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب.

5. التزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية، والألام، والمخاوف، والمشكلات المدرسية.

كما وضع هيوت (Hewett, 1968) تعرضاً آخر حدد فيه الأطفال المضطربين سلوكيات وانفعاليات على أساس أن المضطرب هو الفاصل الاجتماعي وغير المتفاوت في سلوكه وفقاً لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه، إلى جانب جنسه وعمره.

أما وودي (woody, 1969)، فقد عرف الأطفال المضطربين سلوكيات وانفعاليات بأنهم: غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، إضافة إلى ذلك، فإن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي، ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في: تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، والتفاعل مع الأقران بأغراض سلوكية متجة ومقبولة، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربيين والوالدين بأغراض سلوكية شخصية مقبولة، كذلك الالتجاذب نحو ما هو عادي- عاطفي ومؤثر ونفسي حركي وأنشطة التعلم المعرفي دون صراع. ولأغراض البحث العلمي قام كل من كراوكوس وميلر (Kuaraceus & Miller) بوضع تعريف للأحداث المنحرفين والمتدهكين للقوانين الرسمية ضمن مجموعة من التغيرات وهي:

1. مدى خطورة انتهاكه أو الاعتداء عليه.

2. شكل الانتهاك أو نوعيته.

3. تكرار الانتهاك.

4. سلوك الشخصي ونط شخصيته سابقاً.

وفي رأيهما أن هناك ثلاثة متغيرات أساسية يجب أخذها بعين الاعتبار في عملية تصنيف الأطفال والشباب ذوي الاضطرابات وهي:

1. مدى انجذاب الشخص نحو السلوك المخالف.

2. درجة الحكم على السلوك المخالف بأنه مرضي.

3. الطبقة الاجتماعية التي يتسمى إليها الفرد. (Smith & Luckasson, 1992)

أما كوفمان (Kauffman, 1977) فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم من يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة.

وعلى الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الأضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى:

• الفرق بين النساء والرجال هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.

• المشكلة مزمنة وليس مؤقتة.

• السلوك يعتبر مضطرباً وغير مقبول وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية.

التصنيف Classification

كما لا يوجد اتفاق على تعريف محدد للأضطرابات السلوكية والانفعالية، أيضاً لا يوجد اتفاق على أسلوب أو طريقة معتمدة في التصنيف، إلا أنه يمكن وضع الأفراد المضطربين ضمن مجموعات تصفيفية متجانسة طبقاً لنوع المشكلات التي يواجهونها.

هناك مشكلات جوهرية واجهت عملية تصفيف الأطفال المضطربين ومنها:

• افتقار النظام التصنيفي لعناصر الثقة والفعالية.

• الاعتبارات القانونية الخاصة (قد يتعارض التعريف القانوني للأطفال المضطربين مع التعريفات النفسية والطبية، مما يدفع الجهات القانونية إلى رفض قضية التصنيف).

• التباين بين أنظمة تصفيف الراشدين والأطفال.

ونظر الالانتقادات التي وجهت إلى أنظمة انتصنيف السابقة التي اعتمدت على التعريفات والجوانب الطبية والسيكولوجية والقانونية، فقد عمد كوي (Quay, 1975) إلى وضع نظام تصنيفي متعدد الأبعاد (Dimensional approach) يعتمد على تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير. ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد وهي:

1. اضطرابات التصرف Conduct disorders (عدم الثقة بالآخرين).
2. اضطرابات الشخصية Personality disorders (الانسحاب، القلق، الإحباط).
3. عدم النضج Immaturity (قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الأحلام).
4. الانحراف الاجتماعي Socialized delinquency (السرقة، الإهمال، انتهاك القانون والمجتمعات المنحرفة) (سر طاوي وسيسالم، 1987).

هناك تصنيف طبجي نفسى وتصنيف تربوي وعلى المعلمين أن يكونوا على دراية بكل التصنيفين، وذلك لوضع خطة تربوية فردية من قبل الفريق، ويظهر الجدول التالي المقارنة بينهما:

التصنيفات التربوية	التصنيفات الطبية النفسية
<ol style="list-style-type: none"> 1. اضطرابات الاتصال 2. إعاقة انتفاعية شديدة 3. اضطراب السلوك 4. اضطراب القدرة على التعلم. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. اضطراب تطور اللغة 2. اضطرابات فصامية 3. اضطراب الكتاب بعد حدث معين 4. اضطراب تطور القراءة

وتتصف اضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية، حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الآخرين، مثل: العدوان، والشتم، والسرقة، والنشاط الزائد. بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة اجتماعية

انسحابية مثل: فقدان الشهية أو الشرة المرضي، والاكتئاب، والانسحاب، والمخاوف المرضية، والصمت الانتقائي.

تؤثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية على حياة الطفل بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء والرفاق والتحصيل الأكاديمي. وبدون تدخل مؤكّد، فإنه سيعيش في الم انفعالي وعزلة، وسيترك المدرسة وينتزع في سلوكيات ضد المجتمع. وقد أثبتت الدراسات أن التدخل في المدرسة من خلال تقديم الخدمات المناسبة يساعد الأفراد في تحسين مستواهم الأكاديمي، وتقوية علاقتهم، والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين . (Smith & Luckasson, 1992)

تاریخ الاهتمام بالاضطرابات السلوكية والانفعالية

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ، ومع ذلك فقد اختلف هؤلاء حول تحديد الأسباب، واعتقد البعض أن بهم مسّا من الشيطان، أو أنهم أقدموا على سلوكيات خاطئة، أو أنهم كسالى. واعتقدت المجتمعات أن هذه السلوكيات معدية، وعكسّت طريقة العلاج هذه المعتقدات التي تضمنت العقاب الشديد، والحبس، والضرب، والتقييد بالسلسل وغيرها (Kauffman, 1977) .

لقد أنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام 1547 ، وكانت تعرف رسميا باسم القديسة مريم من بيت لحم ، وأصبح يدعى . Bedlam ويدلّ هذا المصطلح الآن على المكان ذي الصوت العالي ، حيث تم تقييد الأفراد وضررهم وتجويعهم ، واعتبرت زيارة المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة وللأطفال . وبدأ التغيير في القرن الثامن عشر بفضل الأفراد المتطورين مثل (Philippe Pinel) وهو طبيب أمراض نفسية ، وقد أمر عام 1792 بالتغيير الإنساني ، حيث منع تقييد المرضى النفسيين في مصح في باريس .

وظهر التطور في الولايات المتحدة الأمريكية في تشخيص الأطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنة 1800 وعلاجهما ، حيث اعتبر بنجامين (أبو الطب النفسي الأمريكي) إذ أنه اقترح طرقاً أكثر إنسانية في علاج هؤلاء ، وهو من بين الأفراد

الذين وقعوا على وثيقة الاستقلال، ومن مؤسسي الجمعية الأمريكية ضد العبودية. وفي القرن التاسع عشر، عمل سامuel Howe (Samuel Howe) على تحسين طرق علاج المرضى العقلين، وساهمت دوروثي دكس (Dorthea Dix) في إنشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضى العقلين في عدد من الولايات، وفي عام 1844 تم إنشاء هيئة الأطباء المشرفين على المؤسسات الأمريكية للمرضى العقلين التي تدعى الآن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية. ومع الأيام فقد الأمل الذي أنشئت من أجله هذه المؤسسات وأصبحت فقط لحماية هؤلاء الأفراد. وفي نهاية 1800 ظهرت في المدارس الصنفوف التي تعنى بالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، وقبل ذلك لم يحصل الأطفال على أي خدمات.

وفي عام 1871 فتح صف للطلاب المشاغبين في كانتيكي، وفي عام 1909 أنشأ وليام هيلي (William Healy) مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضى النفسيين في شيكاغو، وقد أجرى أوستا وبرونر (Augusta & Bronner) دراسات مهمة حول انتهاكات الأحداث.

وساهمت نظريات فرويد (1856-1939) وابنته (Anne) في التأثير على تعليم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وفي القرن العشرين أيدن المختصون بأن الأطفال بحاجة إلى برامج و المتعلمين وطرق تدريس خاصة قادت لوريتا بنسن (Lauretta Bender) إلى التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم، وأحدثت مفهوم (البيئة الكلية من العطف والعلاج للمرضى النفسيين) ثورة عندما نادى بها كارل مينجнер (Karl Menninger) مع أخيه وأخيه.

بدأ برونو بيتلheim (Bruno Bettelheim) عمله مع الأطفال المعوقين انفعالياً إعاقة شديدة عام 1944، في جامعة شيكاغو، واستمر في استعمال فلسفته حول (البيئة العلاجية). 1940-1950 بدأت في الظهور مراكز إقامة للعناية بالأطفال المتعين (ذوي المشكلات السلوكية). (1947) صدر كتاب بعنوان طبيعة مرض وتعليم الأطفال ذوي إصابات الدماغ لستراس وليتين (Strass and Lehtinen) قدمًا فيه طريقة لتنظيم تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية.

ثم ظهرت عدة كتب ونشرات جديدة ما بين 1960-1970، كما توفرت نتائج الأبحاث حول تعليم هؤلاء الأطفال، وطور وليم كروكشانك (William Cruickshank) ورفاقه خطوات عمل محددة داخل الغرف الصفية. وفي عام 1962 نشر كتاب لفيليسب وهارينج (L.Phillips & N.Haring) حول تعليم الأطفال المضطربين سلوكيًا والمعاقين انتفعاً بهما مؤكداً على مبادئ السلوكات البيئية المنظمة والتفاعل بين الطفل والبيئة والمدرسة والبيت.

وظهرت عدة نشرات عام 1967 حول ماتم من خلال تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والإعاقة الانفعالية.

وطور إيلي بور (Eli Bower) تعريف الاضطرابات السلوكية 1962، والذي لا يزال يستعمل. نيكولوس هوبز (Nicholas Hobbs) استلم مشروع 1960 طور فيه مفهوم البيئة، وأكد أن على الأطفال العيش في بيئه كاملة (المجتمع). أما فرانك هيويت (Frank Hewett) فقد طور وقدم نموذجاً لغرفة الصف بحيث يساعد في تطبيق نظريات السلوك.

وفي عام 1965 نشر كتاب لنيومان ومورس (Newman & Morse) حول الصراع داخل غرفة الصف، وقدم عدداً طرق لتدريس هؤلاء الطلاب، واستخدمت في الجامعات لتدريب المعلمين.

كما قدم رودس وتريسبي (Rhodes & Tracy, 1972) أعمالاً حول ثناذج لمناهيم تعليم الأطفال المضطربين، وقد ساهمت أعمالهم في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال. واستمر التطور في تعليم الأطفال. ولكن لا تزال هناك حاجة إلى تعريف أكثر دقة وعلى التربية الخاصة إيجاد حل حول ملابسات قضية سوء التكيف الاجتماعي وحول قلة عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التعليم. إن استمرار التطور في التعليم وعلم النفس والطب والتكنولوجيا سيساعد كثيراً من الأطفال على الاستفادة من التعليم والعيش بشكل مناسب ومرض (Smith & Luckasson, 1992).

الانتشار Prevalence

من الصعب تحديد مدى انتشار الاضطرابات السلوكية الانفعالية؛ وذلك لعدم وجود

تعريف واضح متفق عليه للأضطرابات السلوكية والانفعالية، مما يجعل تشخيص الحالات والتعرف عليها غير موضوعي.

يعتبر ويكمان (Wickman, 1928) أول من أشار إلى الأضطرابات السلوكية والانفعالية في المدارس، ومنذ ذلك التاريخ بدأت الدراسات والأبحاث لتحديد حجم مشكلة الأضطرابات الانفعالية والسلوكية (Rubin & Balow, 1978) وفي عام 1969 فدر مكتب التعليم في الولايات المتحدة (USOE) عدد الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً والذين تتراوح أعمارهم بين صفر و 19 سنة حوالي 767108 فرداً من المجموع الكلي، وتشكل هذه النسبة حوالي 2%. وفي عام 1975 قدر المكتب نفسه عدد الأطفال المضطربين انفعالياً حوالي 1310000 طفل من مجموع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر و 19 سنة، في حين قدر باور (Bower, 1969) نسبة الأضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي 10% (Shea, 1978). هذا، وقدر البعض وتحفظ نسبة الأطفال الذي يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية من 3-6% (Kauffman, 1989)، وتحصل نسبة بسيطة منهم على خدمات التربية الخاصة في أمريكا.

وتؤكد أبحاث كثيرة هذا الزعم، حيث وجدت كاستيلو وزملاؤها (Castello, et al, 1988) نسباً أعلى بكثير عندما بحثوا عن الأطفال ذوي المشاكل السلوكية والانفعالية، ووجدوا أن 22% من الأطفال لديهم مشاكل نفسية خلال العام الدراسي (1988)، وأن طفلاً واحداً من بين خمسة من هؤلاء الأطفال حُول إلى الأخصائيين. ونتائج أخرى مشابهة وجدت من قبل وايتكر (Whitaker, 1990)، وقدرت نسبة الانتشار بـ 19% من الأطفال مصابين بالأضطرابات النفسية (1990). وأعلن التقرير السنوي الثاني عشر المقدم إلى الكونغرس الأمريكي حول مدى تطبيق قانون تعليم المعاقين، (صدر عن الدائرة الأميركية للتعليم 1990) أنه خلال العام الدراسي 1989-1988 أقل من 1% من الطلاب المصابين بالأضطرابات السلوكية والإعاقات الانفعالية حصلوا على خدمات التربية الخاصة. و 9% من كافة الطلاب الذين حصلوا على خدمات التربية الخاصة يعانون من اضطرابات سلوكية وإعاقات انفعالية. وهكذا فإن الأرقام الرسمية أقل بكثير مما يتوقعه المختصون. (Smith & Luckasson, 1992) وتعتبر عدم القدرة على التعرّف بدقة والقياس والمساعدة جزءاً من

المشكلة، ويتساءل الأخصائيون أيضاً حول مدى محاولة المدرسة التخلص من الطلاب المشاكسين المشاغبين، وبالتالي يتم تشخيص أعداد أقل، كما يتعدد الأخصائيون في إعطائهم هذه الوصمة من خلال تشخيصهم بالاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وقد تم تحديد نسب انتشار بعض الاضطرابات ، مثال ذلك : تبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التصرف 4-10% (Conduct Disorder) من كافة الأطفال ، وهي إحدى المشاكل السلوكية الشائعة . (Kauffman, 1989)

وهناك مجموعة من العوامل لا بدّ من أخذها بعين الاعتبار وهي :

الجنس: يوجد فرق واضح في السلوكات بين الذكور والإناث إذ يقدر بعضهم أن نسبة الذكور إلى الإناث في الصنف الرسمية الخاصة تبلغ 8:1. (Coleman, 1988) ويعتقد الباحثون أن تفاوت النسب في ذلك يعود إلى أن المعلمين يرون بأن سلوكيات الإناث مقبولة أكثر من سلوكيات الذكور . (Clarizio & Mccoy, 1993) ولم يجب الباحثون حول مسألة الجنس هذه فيما إذا كان الذكور يعانون أكثر من الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، أو هل يظهر الذكور السلوكات المضطربة الظاهرة بحيث يراها الجميع بينما تظهر الإناث السلوكات المضطربة الداخلية نحو الذات ، أو فقط لمجرد اتجاهات الأفراد نحو مشاكل الذكور بالنسبة لمشاكل الإناث؟ .

العمر: يشير جود وبروف (Good & Brophy, 1979) أن حوالي 30% من طلاب المدارس الابتدائية يظهرون مشكلات في التكيف ، وأن 10% من هؤلاء تكون مشكلاتهم من النوع الحاد الذي يحتاج إلى معالجة .

كما ويشير (شيفرز وميليمان) إلى أن درجة انتشار المشكلات السلوكية تقل مع التقدم في العمر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة ، فالأطفال الأصغر سناً من تراوح أعمارهم ما بين 6-8 سنوات يفوقون الأكبر سناً من تراوح أعمارهم ما بين 9-21 سنة في عدد المشكلات السلوكية . (ترجمة: دارد وحمدى ، 1989).

أما جلبرت (Gilbert) فقد وجد من خلال إحالة الاضطرابات السلوكية والانفعالية ،

بأن تلك الاضطرابات تتركز في الأعمر ما بين 6-10 سنوات، بينما وجد بور Bower أن النسبة الأكبر حدوثاً للاضطرابات تقع في المراحل الدراسية المتأخرة (الثانوية)، وتقل هذه النسبة في المراحل الدراسية الابتدائية. (Shea, 1978)

التحصيل: يعتبر التحصيل عاملاً ذات دلالة على الاضطراب السلوكي والانفعالي على الرغم من صعوبة العلاقة السببية، فقد وجد ستنت (Stenett) أن المضطربين سلوكياً وانفعالياً من وصلوا إلى الصف الخامس الابتدائي كانوا متأخرين صفاتاً واحداً عن رفاقهم العاديين. وفي دراسة أخرى قام بها بور (Bower, 1978) وجد أن تحصيل الأطفال المضطربين في القراءة والحساب، كان أقل من أقرانهم العاديين.

الذكاء والتحصيل :

أظهرت الأبحاث بوضوح أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة هي بحدود 90 درجة، أي بالحدود المتوسطة والطبيعية، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً أعلى من المتوسط بالمقارنة مع التوزيع الطبيعي للذكاء، وكثير منهم يقعون في فئة بطئي التعلم والتخلف العقلي البسيط. هذا ومن الصعب إخضاع الأطفال المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً بدرجة شديدة لاختبار ذكاء، وأما الذين نستطيع اختبارهم فيحصلون على درجات أقل من المتوسط، ويشير ذلك إلى وجود إعاقة عقلية بسيطة أو متوسطة ودرجة ذكائهم 50 درجة تقريباً، وبالمقابل هناك أيضاً أطفال مضطربون سلوكياً ومعوقون انفعالياً لامعون وأذكياء ويحصلون على درجات عالية في اختبارات الذكاء. إن اختبارات الذكاء ليست أدوات مناسبة وفعالة لقياس ما نعنيه بالذكاء، ومن الملاحظ أن الاختلالات السلوكية والانفعالية تحول دون تحقيق درجات عالية على اختبارات الذكاء، لذلك لديهم ذكاء أكثر من الدرجة التي تظهر على الاختبار. إن حصولهم على درجات أقل في اختبارات الذكاء يكون ذلك بسبب قدراتهم الأقل لإنجاز مهمات يستطيع أطفال آخرون إنجازها بنجاح، كما أن الدرجات المنخفضة دلالة على عجز في جوانب أخرى من الوظائف مثل التحصيل الأكاديمي والمهارات الاجتماعية، وتعتبر

درجة الذكاء IQ بشكل نسبي، مؤشراً جيداً على مدى تقدم الطفل الأكاديمي والاجتماعي حتى في حالات الأضطرابات الشديدة والاعتمادية.

أما من حيث التحصيل فإن تحصيل معظم هؤلاء يكون تحت المتوسط في المدرسة، ودائماً يكون في مستوى أقل مما هو متوقع من طفل في مثل عمره العقلي، ومن الممكن أن نجد طفلاً مضطرباً سلوكياً وانفعالياً لكنه متقدم أكاديمياً. كما أن معظم المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً بدرجة شديدة واعتمادية، يخفقون حتى في أبسط مهارات القراءة والحساب، وحتى الذين لديهم كفايات جيدة في القراءة والحساب لا يكونون قادرين عادة على تطبيق هذه المهارات في كل وقت، وكثير من الأطفال المضطربين انفعالياً بدرجة شديدة اعتمادية ليس لديهم حتى المهارات الأساسية في العناية الذاتية أو مهارات الحياة اليومية.

وقد أكد بور (Bower, 1978) أن 50% من الطلاب في صفوف التربية الخاصة الذين شخصوا بأن لديهم إعاقات مختلفة يعانون من الأضطرابات السلوكية والانفعالية.

أما العلامات والأعراض المترقبة للأضطرابات السلوكية والانفعالية فهي :

1. عدد قليل من الأصدقاء أو بدونهم.
2. اضطراب العلاقات العائلية.
3. اضطراب العلاقات مع المعلمين.
4. النشاط الزائد والحركة الزائدة.
5. العدوان نحو الذات والآخرين.
6. التهور.
7. عدم النضج الاجتماعي.
8. الاكتئاب وعدم الشعور بالسعادة.
9. التقوّع حول الذات.

10. الاضطراب والقلق.

11. أفكار انتحارية.

12. عدم الانتباه والقدرة على التركيز كبصيرة الأفراد في مثل سنـه. -
(Smith & Luck-
asson, 1992)

وبالنسبة للخصائص التعليمية فهي :

1. ضعف التحصيل الأكاديمي، لذا على المعلم أن يساعد الطفل في تحسين مهاراته الأكاديمية بالإضافة إلى مساعدته في تعديل سلوكياته.

2. خلل في مهارات الاتصال الاجتماعي، مما يعيق الطفل من التعاون والاتصال مع المعلم، والتفاعل داخل غرفة الصف ، والتفاهم مع بقية الطلاب. وقد يكون هذا السبب الذي يؤدي إلى إبعاده عن التعليم الأكاديمي أكثر من ضعف التحصيل الأكاديمي .

الخصائص السلوكية:

يمكن تحديد ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية عند الطلاب:

1. اضطرابات في السلوك الخارجي .

2. اضطرابات في السلوك الداخلي .

3. اضطرابات سلوكية قليلة الحدوث.

وسيتم تناول الاضطرابات الأكثر حدوثاً في كل نوع من هذه الأنواع.

١. اضطرابات السلوك الخارجي، ومن الأمثلة على ذلك:

النشاط الزائد، والمدعان والجنوح.

٢. النشاط الزائد: الشكوى الأكثر شيوعاً عند الأطفال المحولين للتقدير كحالة

اضطرابات سلوكية وانفعالية، ومن الصعب تعريف النشاط الزائد؛ لأن التعريف يجب أن يحتوي طبيعة النشاط ونوع النشاط وعملية تقييم مستوى النشاط بأنه كثير أو زائد.

ويوجد عدة تعريفات منها: حسب تعريف روس وروس (1982): نشاط بمستوى عال في الوقت غير الملائم، ولا يمكن إيقافه بمحرد الطلب من الطفل.

ب. العداون: إلحاق الأذى إما بالأشياء أو نحو الذات أو نحو الآخرين. واستخدام العقاب وسيلة لضبط السلوك العدوانى يؤدى إلى زيادة سلوك العداون عند الطفل.

ويرى الأخصائيون أهمية نجاح تعليم الأطفال بالطرق الصحية للتعامل مع الإحباط مثل: التعرف على مشاعر الإحباط وقبولها، وتحمل الخبرات المحبطة وبناء طاقة التحمل، ويستطيع المعلم أن يساعد الطلاب العدوانيين بتدريبهم على المفاهيم التالية:

1. يحصل الإحباط عند الفشل في تحقيق هدف مهم.

2. الإحباط مزعج، وغير مريح، ويشير التوتر.

3. يشير الإحباط مشاعر قوية و مختلفة.

4. الانزعاج نتيجة طبيعية للإحباط.

5. قد يحدث الإحباط دون عمد.

6. لا يأس من الشعور بالانزعاج بسبب عدم تحقيق هدف.

7. يمكن للفرد أن يشعر بالانزعاج، ولكن أن لا يكون مزعجا.

ج. الجنوح أو (جنوح الجدث): يعرف الجنوح من قبل النظام والقانون وليس من قبل نظام الطب والتعليم، ويعني الأفعال غير الشرعية أو غير القانونية التي يرتكبها الجدث من الجرائم مثل السرقة، وبعض الأطفال الجانحين يعانون من اضطرابات في السلوك وإعاقة انفعالية، والبعض الآخر لا يعانون، كما أن بعض المضطربين سلوكياً جانحون وبعضهم غير جانحين.

2. الاضطرابات السلوكية الداخلية، ومن الأمثلة على ذلك: الاكتاب، والعصبية، والانسحاب.

أ. الاكتاب: من الصعب التعرف على الاكتاب عند الأطفال ، ومكوناته مشاعر الذنب ، ولوم النفس ، والشعور بالرفض ، والكسل ، وانخفاض تقدير الذات . وهي عادة تهمل أو يعبر عنها بسلوكيات أخرى تظهر على صورة مشكلة مختلفة تماماً.

يختلف سلوك الأطفال عند حدوث الاكتاب عنه عند الكبار ، لذا يجد الاهل والمعلمون صعوبة في تمييز حالة الاكتاب ، فمثلا طفل مصاب بالاكتاب قد يحاول ان يؤذن نفسه بالركض في شارع مزدحم او دفع نفسه على حافة السور . وقد يعتبر البالغون هذه السلوكيات طبيعية يقدم عليها كثير من الأطفال . ويعتبر البالغون أن حياة الأطفال سهلة وعليهم أن يكونوا دائما سعيدين . بالإضافة إلى صعوبة التعبير عن الأطفال عن مشاعر الاكتاب التي يعانون منها .

ب. القلق: يظهر القلق الشديد عند الاطفال ميلاً للانفصال عن العائلة او الاصدقاء او المحيط المألوف لهم والانطواء الشديد عند الاتصال مع الاغرب ، والشعور بالقلق والمخاوف ، ومن الصعب التعرف عليها ويفنى الطفل دون علاج .

ج. الانسحاب: يتفاعل بشكل قليل جدا مع الأترباب ، لذلك فإن المقياس المدرج من قبل الأترباب يساعد في اكتشاف الحالات .

3. الاضطرابات السلوكية قليلة الحدوث:

يوجد نوعان من هذه الاضطرابات وهي قليلة الحدوث ولكنها خطيرة جداً عند حدوثها مثل الفصام والتوحد .

أ. الفصام: نوع من الاضطرابات النفسية ، وهو اضطراب نادر الحدوث ولكن يتطلب عناية شديدة عند حدوثه ، ويتعلق بحصول أوهام غريبة مثلاً الأفكار تسيطر عليها الشرطة ، وهلوسات مثل (صوت يطلب من الطفل لماذا يفكر؟) . أفكار غير مترابطة وغير مفهومة .

ويعاني الطفل من مشاكل في الواجبات المدرسية، ويعيش جزءاً من طفولته في المستشفيات، والخطة الفردية التعليمية معقدة توضع من قبل فريق أفراد ذوو تخصصات عددة.

ب . التوحد: وهو نادر الحدوث ونسبة الحدوث 4 لكل 10.000 . هو اضطراب شديد في التفكير والاتصال والسلوك، ويعاني الطفل من سوء العلاقات الاجتماعية، وهو منعزل ويستعمل لغة غير طبيعية أو لا يستعمل أية لغة، وقد يؤذني نفسه . عندما تعرف الأخصائيون على حالة التوحد 1940 كان يظنون بأنها مشكلة نفسية اجتماعية سببها سلوك الأهل العدواني وغير العاطفي ، والآن يعتبر الباحثون التوحد مشكلة لغوية مرتبطة بتألف في الدماغ، وكان يظن بالماضي بأنها مرض عقلي ، ثم إنها إعاقة جسدية ويعالج طفل التوحد من خلال التعليم المناسب ، وعلاج النطق واللغة ، وتعديل السلوك ، والإرشاد ودمجه مع الأسرة ، وفي بعض الأحيان الأدوية ، وكانوا في الماضي يتعرضون إلى علاج مكروه مثل الصدمات الكهربائية ، ولكن العلاجات السلوكية الجديدة التي ترتكز على التفاعل الإيجابي تبشر بالخير .

الاستمرارية Persistence

إن عملية البحث في مجال استمرارية الأضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والشباب واجهت مشكلات مختلفة ، وقد تطرق مثل هذه العملية إلى بحث الأسئلة التالية :

- هل تستمر الأضطرابات لدى الأطفال لأوقات إضافية؟ .
- هل آثار الأضطرابات السلوكية والانفعالية آخذة بالانخفاض أم بالزيادة؟ أم تبقى مستقرة على وضعها مع أو بمحاجة التدخل؟ أو بدون وجود تدخل؟
- هل لنوعية التدخل أثر أو علاقة بتغير الأضطراب؟ .
- وبعد إجراء مراجعات عديدة وتحليلات متعلقة بأدب الأطفال والشباب المصطربين ، فقد خرج مكوي (Moos, 1979) بنتائج منها :

- إن ثلاثة من عشرة أطفال مضطربين سواء أكانوا اضطراباً بسيطاً أو متوسطاً يستمر لديهم حتى سن البلوغ.
- يتطور سلوك 70% من الأطفال المضطربين ، ويصبح عادياً في سن الرشد.
- إن عملية استمرارية السلوك المضطرب مرتبطة بحدى شدة الاضطراب وكذلك بأعراضه.
- إن عملية استمرارية السلوك المضطرب على علاقة بطبعية الاضطراب والبيئة المحيطة به.
- إن الحالات الشديدة يتبعها بالبقاء والاستمرار على الوتيرة نفسها في مرحلة الرشد.
- يتوقع للأحداث المترافقين بأن يكونوا مجرمين في الكبر.
- يزداد الانسحاب مع التقدم في العمر ، إلا أنه من غير المؤكد أن يبقى كاضطراب في الكبر.
- إن المخاوف وتقلصات الوجه اللاإرادية لا يتبعها بصورة أكيدة الاستمرار كاضطراب في مرحلة البلوغ.
- إن كلاً من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة كالتوحد وفصام الطفولة يتوقع لها الاستمرار مستقبلاً بنسبة 70-75% (Shea, 1978).

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير معروفة ، فالأطفال أشخاص متميزون ، ولا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق ، والتفاعلات التي تحدث للأطفال والصغار مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة جداً ، لدرجة أنها لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية ،

ومع ذلك نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسبب الأضطرابات السلوكية والانفعالية وهي:

1. المجال الجسمي والبيولوجي.

2. مجال العائلة أو الأسرة.

3. مجال المدرسة.

4. مجال المجتمع.

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة.

1. المجال الجسمي والبيولوجي:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية Neurological و كذلك البيوكيميائية Biochemical أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الأضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الأضطرابات. وأما بالنسبة لذوي الأضطرابات الشديدة والشديدة جداً، فإن هناك أسباباً وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة. ويمكن القول إن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم وأمزاجهم. ويقول البعض إن تلك السلوكيات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة، والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكيات وخصوصاً لدى ذوي المزاج الصعب قد تحول إلى اضطرابات. بالإضافة إلى ما تقدم هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالأضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: الأمراض وسوء التغذية وإصابات الدماغ.

هناك كثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالأضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً لدى الأطفال

(Hallahan & Kauffman, 1982). ويؤكد الباحثون على وجود منحى بيولوجي لبعض الأضطرابات مثل فقدان الشهية، والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية، وكذلك وجود دور للبيولوجيا في العلاج، مثلا لا يعرف فيما إذا كان يوجد سبب بيولوجي لحالة الاكتئاب ولكن تلعب العلاجات المضادة للأكتئاب دورا هاما في البرنامج العلاجي، ولا يزال البحث جاريا في هذا المجال. (Smith & Luckasson, 1992).

2. مجال العائلة أو الأسرة

يعزي الأخصائيون (أخصائيو الصحة النفسية) أسباب الأضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث إن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، فقد أشار بيتهيم (Bettelheim, 1967) إلى أن معظم الأضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

أما الأبحاث التجريبية فقد أولت العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه، وتأثير كل منهما في الآخر، ولذلك فقد وجد أن الأطفال ذوي الأضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا يعانون من عدم اتساق وتماسك في علاقاتهم مع والديهم.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال، وقد تحدث أضطرابات سلوكية وانفعالية عند أية أسرة، ولا يعني هذا بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوث الأضطراب. وبالرغم من ذلك، فإن العلاقات والتفاعلات غير الصحية قد تسبب أضطرابات عند بعض الأطفال، كما أنها قد تزيد من حدة المشكلة الموجدة. ومن الأمثلة على التفاعلات غير الصحية: ضرب الأطفال، وإلحاق الأذى بهم، وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الإيجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية، وعدم الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين (Smith & Luckasson, 1992).

3. مجال المدرسة

يضطر ببعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة، والبعض الآخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية (في أثناء سنوات الدراسة). ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف.

للمعلمين تأثير عظيم على الطلاب من خلال تفاعلهم معهم، حيث تؤثر توقعات المعلمين على الأسئلة التي يوجهونها للطلبة، وكذلك التعزيز الذي يقدمونه لهم وعدد مرات التفاعل مع الطلاب ونوعيته. قد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكات المضطربة أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف، أو عندما لا يراعي الفروق الفردية، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة واستجابة نحو المعلم أو البيئة الصحفية والمدرسية، وتعتبر بعض البيئات التربوية غير مناسبة لبعض الأطفال، وقد يلجأ بعض الطلبة إلى القيام بالسلوكات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم. وعلى المدرسين الفعالين تحليل علاقاتهم مع طلابهم، وكذلك البيئة التعليمية والانتباه الجيد المقصود إلى المشاكل الموجودة، والمتوقع حدوثها.

4. مجال المجتمع

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور اضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة (المزقة) والشعور بفقدان الأهل، والحي العنف...

كل ما سبق يمكن أن يؤدي أو يساعد على ظهور اضطرابات عند التعرض للأية ضغوطات مثل ترق العائلة، والوفاة، والمرض، والعنف. ولكن توجد حالات من الأطفال عاشوا في صغرهم ظروفًا صعبة، وعندما كبروا أصبحوا بالغين أصحاباً مما يؤكد أن الظروف الصعبة لا تقود دائمًا إلى اضطرابات سلوكية أو انفعالية، بينما يصبح الأطفال الآخرون حساسين جداً لمشاكل الحياة وتظهر عليهم اضطرابات، وتختلف من فرد لآخر. كل طفل هو شخص مميز بذاته، ولا توجد علاقة سببية واضحة لتفسير لماذا يتطور فرد معين سلوكاً مضطرباً في زمن معين، ولا يتطور فرد آخر سلوكاً مضطرباً في نفس الزمن؟.

الوقاية:

يمكن منع حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية من خلال طريقتين:

1. منع حدوث الأسباب التي تؤدي إلى هذه الاضطرابات.
2. معالجة أعراض الاضطرابات.

ويختار المعلم أو المعالج الطريقة التي تؤيد نظريته في منع الإصابة، وإليكم المثال التالي:

سامي في الصف الرابع، بدأ في إزعاج طلبة صفه عند وقت الانصراف. كيف تستطيع معلمته أن تمنع هذا السلوك من التحول إلى مشكلة سلوكية؟ فإذا كان المعلم مدرباً على التفكير بالاضطرابات السلوكية والانفعالية من خلال المدرسة السلوكية، فإنه سيختار الطرق التي تمنع حدوث السلوك من خلال ثلاثة أحداث: الظروف التي تسبق السلوك، والسلوك ذاته، والتتابع التي تظهر بعد السلوك. عندما يتدخل المعلم في الظروف التي تسبق السلوك أو التي تلحق بالسلوك.

فقد تقرر المعلمة تنظيم عملية الانصراف أو أن تعزز سلوك سامي الإيجابي عندما يلتزم بالصف وقت الانصراف. أما إذا كانت خلفية المعلمة تنطلق من مدرسة التحليل النفسي، فإنها قد تقرر أن سامي وعائلته بحاجة إلى علاج، وستطلب دعم المدرسة في ترتيب ذلك. وقد تصمم برنامجاً للعائلة يساعدهم في تحسين تفاعل سامي وعلاقاتهم معه، وكذلك من الممكن أن تدرب سامي على السيطرة على سلوكاته ومراقبتها أكثر، وخصوصاً عند وقت الانصراف.

وسوف تستخدم العلاجات (الأدوية والعقاقير) لتهيئة سلوك سامي إذا كان الاتجاه طيباً. وعادة لا تكون استراتيجيات الوقاية محددة. وتوجد عوامل أخرى تساعد في اختيار الطريقة المناسبة ومنها أسباب السلوك، وخبرات المعلم السابقة، ووصيات الأخصائيين، وتفضيل الطفل والعائلة بالإضافة إلى طبيعة البرنامج.

ومكذا يمكن الإشارة إلى طرق الرعاية التالية من الأضطرابات السلوكية والانفعالية:

1. الطرق السلوكية.
2. علاج الفرد والعائلة.
3. تعليم العائلة طرقاً جديدة في التفاعل مع الطفل.
4. التدريب الذاتي (الشخصي).
5. التعليم الأخلاقي.
6. التدخل الطبي.

الفصل الثاني

أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

1. النظرية السلوكية

المقدمة، مكونات النظرية السلوكية، استراتيجيات التدخل السلوكى في الموقف الصفي، بعض الانتقادات التي وجهت للنموذج السلوكى.

2. النظرية البيئية

المقدمة، أثر الأسرة والعامل الأسرى، العامل المدرسي، المفاهيم البيئية، التدخل البيئي.

3. النظرية البيوفسيولوجية

المقدمة، العوامل الوراثية، العوامل التئامية، العوامل المثلثة، العوامل الإدراكية، العوامل المضدية (النيورولوجية)، العوامل البيوكيميائية، التدخل البيوفسيولوجي.

4. النظرية التحليلية

المقدمة، مكونات الشخصية، مراحل النمو، أسباب الاضطرابات من وجهة النظر التحليلية، التشخيص، العلاج، تكتيكات التدخل العلاجي السينكودرامي.

مقدمة

تساعد النظريات في فهم تضايا النمو وتطور الأطفال الذي يصاحب اضطرابات في السلوك، كما تفيد نظريات أخرى في فهم دور الثقافة والبيئة المباشرة والتفاعل بين الفرد وال موقف الاجتماعي. والبعض الآخر من النظريات يركز على فهم المشكلة، وللنظريات تكتنكات وإجراءات قيمة في تحديد السلوك المضطرب وتشكيل السلوك السوي. ولكل نظرية جوانب قوة وجوانب ضعف، لكنها تقدم عملاً أساسياً لفهم السلوك، وتقدم أساساً هاماً لبناء البرامج المتعلقة بالتدخل والتعليم وتخطيدها. (Paul, Epanchin, 1992).

وسيتضمن هذا الفصل النظريات التالية:

- النظرية السلوكية
- النظرية البيوفسيولوجية

النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي، وكان لها تطبيقات عملية في الميدان القيادي والتربوي، وقد استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية. والقوانين في هذا الترجمة مشتقة من التعلم وتركز التجارب على تعلم سلوكيات جديدة مقبولة والعمل على تقليل السلوكيات غير المناسبة.

يشتمل المنحى السلوكي في المعالجة على ما يلي:

- تحديد السلوكيات المرغوب وغير المرغوب فيها بطريقة موضوعية قابلة للملاحظة.
- قياس السلوكيات عن طريق إجراءات الملاحظة.

- استخدام طرق تدخل تعتمد في الأساس على قوانين التعلم.

- تقييم فاعلية البرامج عن طريق الملاحظة.

(Kazdin, 1976) (Paul & Epanchin, 1992)

يخلص محتوى النظرية السلوكية بعبارة (السلوك محكم بنتائجها). وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديلاته (Shea, 1978).

مكونات النظرية السلوكية

أولاً: نمو الشخصية وتطورها

يعرف السلوكيون الشخصية كدالة كافية لسلوك الأفراد، ويعتبرونها احتمالاً قوياً للفرد لكي يسلك طرقاً أو سلوكيات متشابهة في مواقف مختلفة تشكل حياته اليومية. والتركيز على ما يقوم به الفرد في المواقف المختلفة دون الرجوع لسمات شاملة تجعل الفرد يتصرف بطريقة شخصية، ويتباين هذا التصور مع التصورات التقليدية للشخصية التي تفترض أن سلوك الفرد هو تعبير لمحركات أولية محددة تتمثل في الحاجات والرغبات والسمات والاندفاعات.

يعتقد السلوكيون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعلاته مع البيئة ويرث تركيباً بيولوجيَا يساعد في عملية التفاعل التي تحدد السلوك. كما يعتقدون بأن بعض السلوكيات كالقيادة والصداقات... إلخ لا تورث بل تتبع عن التفاعل. ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلاً من ما هو؟ ومن الضروري فهم الطفل بدلاً من إطلاق التسميات (Paul, Epanchin, 1992).

ثانياً: السلوك السوي والسلوك غير السوي

معظم السلوكيات متعلمة باستثناء الانعكاسات، وعندما تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة واستجابة الفرد يحدث التعلم. مثلاً: يتعلم الطفل أن البكاء يخلصه من الألم

والجوع ، ومن وجهة نظرهم أن السلوك السوي متعلم وكذلك السلوك غير السوي . وهناك معايير للحكم على السلوك غير السوي كالمعيار الاجتماعي والذاتي ومعايير أخرى كالشدة والتكرار .

تهتم النظرية بقياس تحت أي ظروف يحدث أو لا يحدث السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه ، وتحديد ما هو التغيير المناسب في البيئة الذي يجعل الطفل قادرًا على تعلم استجابات تكيفية مناسبة . يحدث السلوك غير السوي عن طريق خبرات تعليمية سابقة أو فشل في تلقي الفائدة من الخبرات التعليمية المختلفة .

ثالثاً: أشكال التعلم

- الإشراط الاستجابي .
- الإشراط الإجرائي .
- التعلم بالللاحظة .

الإشراط الاستجابي:

جاءت اهتمامات في تطبيق إجراءات الإشراط الاستجابي لبافلوف في الولايات المتحدة لما لهذا النوع من التعلم من تأثير على الصحة العقلية في المدرسة . وكان هذا ما قامت به الطالبة (Florene Matter) في أثناء محاولتها إشراط بعض الأطفال الصغار ، وقد اكتشفت أن وضع الغطاء على أعين الطفل مباشرة قبل التغذية يستحدث استجابات المضغ والبلع قبل ظهور الطعام .

هناك عناصر هامة في الإشراط الاستجابي ، لكن تجارب (Matter) اشتملت على **الضروريات** :

1. استجرار الاستجابة الشرطية عن طريق المثير الشرطي عن طريق تكرار افتراضه مع تقديم مثير غير شرطي يعول عليه في استجرار الاستجابة غير الشرطية .

2. تميز التعلم عن طريق الانطفاء والاستجابة الشرطية لعميم المثير الشرطي.

هذه العمليات علاقاتها قابلة للتتبؤ وترتبط بسلوكيات واسعة ومتعددة.

ومن الأمثلة على المعالجات السلوكية التي تعتمد على الإشراط الاستجابي:

- تقليل الحساسية التدريجي - تعديل السلوك المعرفي

- التدريب على التغذية الراجعة - العلاج بالتفير

- العلاج السلوكي

الإشراط الإجرائي:

ميّز سكتر (1938) بين السلوك الاستجابي والإجرائي، ووضح أن السلوك الاستجابي هو سلوك محكم بالثيرات السابقة، بينما الإجرائي تحكمه الثيرات الملاحظة، ويحدث الاستجابي بطريقة أتوماتيكية بينما يحدث الإجرائي بطريقة إرادية.

والمبدأ الأساسي في السلوك الإجرائي، أن السلوك هو وظيفة لتوابعه، أي أن الفرد يسلك بشكل معين وسلوكه له نتائج تحددها البيئة، وهذه النتائج تؤثر في احتمالية حدوث السلوك في المستقبل. والبيئة تعمل تبعاً لاحتمالات محددة، فبعض السلوكات تكون نتائجها إيجابية فيزداد احتمال حدوثها في المستقبل، والأخرى تكون نتائجها سلبية فيقل احتمال حدوثها.

المثير التمييزي في الإشراط الإجرائي هو مثير له احتمالية عالية، يتبع باستجابة شرطية عندما تظهر بالمقارنة مع ثيرات أخرى. والثير التمييزي يعني حدوث الاستجابة، وعند غيابه لا تظهر الاستجابة الشرطية، وعندما تكون هذه العلاقة هي السائدة فإن حدوث الاستجابة يكون محتملاً عند ظهور المثير، وعندما يعمم السلوك يسمى السلوك الإجرائي.

ويمكن الإشارة إلى الإجراءات التالية ضمن الإشراط الإجرائي في العلاج السلوكي
وتعديل السلوك:

• التعزيز الإيجابي.

• العقاب.

• التعزيز السلبي.

• الإقصاء، العزل (Time - out).

• التعزيز التفاضلي.

• الإشباع.

وأن دمج هذه الإجراءات أكثر فعالية من استخدام واحدة منها.

والتصحيح الزائد كأسلوب علاجي له مكونات: توجيه تدريجي لإيقاف السلوك غير المرغوب فيه ونمذجة جسمية للسلوك المرغوب فيه، وإعادة الوضع البيئي إلى ما كان عليه.

وهذه السلوكيات قد تشمل على العقاب أو الإقصاء والإجراءات الأخرى، لذلك فإن كل مكون في الإشراط الإجرائي يقدم إجراءات يمكن استخدامها مع الطفل في ظروف مناسبة . (Paul & Epanchin, 1992).

التعلم باللحظة:

لقد ثُمَّت دراسته تحت تسميات مختلفة، نمذجة وتقليد ولعب الدور، والتسهيل الاجتماعي والطبع . . . وقد اختلف المنظرون السلوكيون بشأن اعتباره شكلاً من أشكال التعلم عن طريق الإشراط الإجرائي . وحسب الصياغة الإجرائية، فإن الشروط الضرورية للتعلم من خلال نموذج هي : التعزيز الإيجابي عند مطابقة الاستجابات الصحيحة للنموذج خلال جلسات عشوائية واستجابات المحاولة والخطأ.

ووفقاً لباندورا فإن إحدى القضايا الرئيسية لأي نظرية تعلم هي : كيف يتعلم الإنسان استجابة جديدة في موقف اجتماعي؟ توضح الأبحاث أن الفرد يستطيع تعلم الاستجابة الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك النموذج (Modling) واكتساب الاستجابة من خلال النموذج (Modling). يسمى نمذجة (Modling).

قضية أخرى لأي نظرية تعلم بالللاحظة هي توضيح قدرة الإنسان التي تتوسط بين ملاحظة نموذج الاستجابات وما يتبع ذلك من أداء لهذه السلوكات من قبل الملاحظ. عملية الاتساب للاستجابة الملاحظة قد لا تظهر في يوم أو أسبوع أو حتى شهور . (Paul & Epanchin, 1992) .

ويشير إلى الانتقائية في التعلم ، فالأطفال يتعلمون جوانب مختلفة من سلوك النموذج ، ويجب على النظرية أن تفسر الجانب الانتقائي في التعلم .
لقد أشار (باندورا) إلى ثلات نتائج مختلفة لعرض الشخص المراد تعليمه لنموذج ما وهي :

1. اكتساب أنماط استجابات جديدة نتيجة التعلم بالللاحظة .
2. قد يقوى أو يضعف كف الاستجابات (أي يتولد لديه أثر رجعي وغير رجعي) .
3. قد يكشف عن استجابات سبق له أن تعلمتها باستعمال سلوك النموذج كإشارة ، ومن ناحية أخرى ميز (باندورا) بين اكتساب الاستجابة (Acquisition) وتأديتها (Performance) فالاكتساب لا يعني بالضرورة تأديتها ، حيث إن ذلك يتوقف على نتائج تقليد النموذج .

لقد أصبح التعلم بالللاحظة ينطوي على أربع عمليات فرعية مترابطة لكل منها محدداتها الخاصة ، ولكي يتم تقويم التعلم بالللاحظة فلا بد للفرد من :

1. الانتباه للملامح المناسبة لعمل النموذج .
2. الاحفاظ بالأحداث الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل .
3. القدرة الجسمية لإعادة إصدار المعلومات المحفوظة .
4. الخافر لأداء سلوك النموذج .

ومن افتراضات نظرية (باندورا) المتعددة ، فإن التعلم بالللاحظة مصدر رئيسي للقواعد والمبادئ ، ومصدر رئيسي للسلوك الحلال . أخيرا فإن نظرية التعلم بالللاحظة يمكن

أن تكون إجراء علاجيا فعالا تحت ظروف مناسبة لتقليل المخاوف، والتدريب على مهارات اجتماعية جديدة.

متغيرات للقياس يجب أخذها بعين الاعتبار

يجب التتحقق من المتغيرات البيئية وعلاقتها بالطفل عند التخطيط لبرنامج سلوكي، كما أن الفحص والتقييم عبارة عن عملية مستمرة في التهيج السلوكي الذي لا يتحدد إذا كان هناك مشكلة، لكنه يحدث فرضيات فيما يتعلق باستمرارية السلوك، وتحديد المعالجة المناسبة والتتحقق من تحقيق أهداف المعالجة.

الخطوة الأولى في الفحص السلوكي هي وصف السلوك المشكّل بعبارة إجرائية قابلة للقياس والملاحظة. وعندما فقط يمكن تحديد السلوك المترافق، والمتغيرات البيئية التي تحكم باستمراريته. هذا ومن الممكن استخدام الآباء والمعلمين مصادر للمعلومات.

من العوامل التي تلعب دورا في تصور الآباء لسلوك الطفل، ما يتمثل في قدرة التحمل الوالدية المنخفضة، والتوقعات المرتفعة لسلوك الطفل، والضغوطات المختلفة في الحياة الزوجية. وإن فحص هذه المتغيرات أساسا قبل المباشرة في برنامج لتغيير سلوك الطفل. ويجب أن يؤخذ المحتوى الاجتماعي والسلوك المرغوب فيه بعين الاعتبار. ومن المتغيرات الهامة الأخرى:

- العمر وملاءمة الجنس .
- نوع السلوك وشكله .
- الاستمرار .
- شدة السلوك وتكراره .
- ظروف الحياة .
- التغير في السلوك .

- الموقف الثقافي الاجتماعي.

- الموقف المحدد للسلوك.

ولقياس هذه التغيرات يستخدم السلوكيون طرقاً عدة، منها مقابلات الآباء مع استخدام الاستبيانات أو ملاحظة سلوك الطفل في البيت والمدرسة وأي مكان آخر يحدث فيه السلوك، وطريقة ملاحظة المعلم وتفاعل الطفل مع المعلم والوالدين وملاحظات الطفل نفسه. ترتكز هذه الإجراءات على البيئة التي يحدث فيها السلوك، وتوكّد على حدة السلوك وشذته وتكراره وتتابعيه. وعند العمل مع الأطفال، فمن الضروري جمع معلومات تتعلق بالناحية الجسمية والمعرفية والاجتماعية ومستوى النمو الانفعالي. ويمكن استخدام اختبارات تزود بمعلومات عن الأطفال في أعمار مختلفة، وملاحظة سلوكأطفال آخرين لا يظهرون مشكلات تفيد في تحديد السلوك المناسب.

ويعد ذلك تبرز الأسئلة التالية المتعلقة بالسلوك وهي :

هل هو مشكلة ثنائية؟ هل تتناسب توقعات الآباء واتجاهاتهم والموقف الاجتماعي؟
هل تساهم الظروف البيئية في تصور السلوك أو ظروف تخص الموقف الذي يظهر فيه السلوك؟ هل هناك ضرورة في تحويل الطفل لفحص طبي؟.

إن جميع البيانات اللازمة للإجابة على هذه الأسئلة تزودنا بمعلومات حول كيفية انحراف السلوك و اختيار طرق المعالجة.

كما وأن الفحص المستمر للبيئة والسلوك سوف يحدد فعالية الأهداف قصيرة وطويلة الأمد للبرنامج.

استراتيجيات التدخل السلوكي في الموقف الصفي:

أولاً: حسب الإشارات الاستجابية:

يلعب هذا النوع من التعلم دوراً هاماً في الصف، ويلاحظ من خلال التدخل السلوكي الذي يستعمل على برامج التدريب على الاسترخاء(Jackson, 1929)، ويعتمد

على كف القلق عن طريق إحداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجرها. استخدام هذا الإجراء لتقليل المخاوف من المدرسة، ومعالجة بعض حالات العدوان وبعض الأعراض السيكوسوماتية، وضبط نوبات القلق.

ففي دراسة (Lazorus & Strichart, 1986) التي تعتبر مثلاً جيداً عن المخاوف المدرسية لطفل عمره تسع سنوات وكانت الخطوة الأولى في العلاج عمل مدرج القلق وتعريف الطفل لتلك المثيرات تدريجياً، ولوحظ أن استجابة القلق بدأت تتناقص ، إلا أن لهذا الإجراء محددات منها: صعوبة استخدام الاسترخاء العضلي لدى الأطفال.

ثانياً: حسب الإشراط الإجرائي:

إن معظم سلوكيات التعلم في الصف تحدث بطريقة الإشراط الإجرائي ، ومن الأمثلة عليها: الخطة التربوية الفردية، والأهداف التي تتعلق بالعلاقات بين الطلاب والمعارف والوالدين ، ودعم العاملين في المدرسة. ولا بد من استبدال السلوكيات المتكررة غير المناسبة بسلوكيات مقبولة ، وهذه الأهداف يمكن تحقيقها من خلال التعزيز الإيجابي والإطفاء والعقاب والإقصاء والتعزيز السلبي .

ولدى السلوكيين افتراض أن السلوك التكيفي واللاتكيفي يخضع لقوانين التعزيز ، وحسب ما أشار إليه (Robert) فإن قوانين التعزيز تتضمن ما يلي :

- أن يكون التعزيز مناسباً ، وأن يتبع السلوك مباشرة ، ويكون مناسباً زمنياً ما أمكن (التغذية الراجعة) مع مراعاة نوعية التعزيز .

وقد طبقت الإجراءات السلوكية بنجاح على عدد من الأضطرابات كالتوتر (التوحد) ، والعصاب ، واضطراب الدافعية (Shea, 1978).

وبشكل عام ، تعارض السلوكيات إطلاق تسميات على الطفل بأنه مريض أو شاذ ، وتتضرر السلوكيات الاتكيفي والتكيفي على أنه يحدث بسبب عملية التعلم .

أشار (New Comer, 1980) إلى بعض الافتراضات الخامسة في النموذج السلوكي وهي :

1. معظم السلوك متعلم، ويمكن امحاؤه عن طريق تطبيق إجراءات التعلم.
2. يمكن استبدال السلوكات غير المناسبة عن طريق إجراءات التعزيز للسلوكات المقبولة (المناسبة).
3. من الممكن التنبؤ وضبط السلوك إذا ثُمِّت معرفة الخصائص البيئية. (Steven & Conoley, 1984)

هذا ويمكن استخدام مبادئ تعديل السلوك في الصد، والهدف الأساسي لتعديل السلوك هو تحديد السلوكات المنحرفة التي تتدخل مع التعليم، ومساعدة الطفل على تطوير سلوكيات تكيفية.

أما الإجراءات المطلوب من المعلم القيام بها سواء في الصد أو في الموقف التربوي فهي كما يلي :

1. ملاحظة السلوك المستهدف وتحديده (السلوك غير المرغوب فيه الذي يجب تعديله).
2. اختيار التعزيز المناسب وتقديمه في الوقت المناسب.
3. إعداد برامج تدخل وتصميمها بحيث تعتمد على مبادئ تعديل السلوك.
4. مراقبة فعالية البرنامج. (Shea, 1978)

أمثلة واقعية على تعديل السلوك لأطفال مضطربين سلوكيًا:

يفترض الاتجاه السلوكي أن كلّ إنسان يتعلم السلوكات التكيفية وغير التكيفية، وأن هناك نوعين من الاستجابات (بناء على ما يسمى بالإشراط) الاستجابة الكلاسيكية والاستجابة الشرطية، ففي الاستجابة الكلاسيكية تكون الاستجابة متعلمة من خلال إقرانها بالثير مرات عدّة، فعلى سبيل المثال ربما يقوم أحد الأطفال بالصرخ (وهو خائف) بصوت مرتفع عندما يشاهد وردة صفراء، فعند إقران ظهور الوردة الصفراء مرات عدّة مع حالات

الخوف ، فإن الطفل سوف يعطي ردة الفعل نفسها (الصراخ) عند ظهور الوردة الصفراء في أي موقف .

يقوم الإشراط الإجرائي على أساس مبدأ تعديل السلوك ، وإن السلوك الذي يقوم به الإنسان متعلم ، حيث إن التعزيز يتبع ظهور الاستجابة ، فعلى سبيل المثال لو أردنا من الطالب أن يكف عن البكاء والصرخ داخل غرفة الصف ، فإننا نقرن ظهور السلوك بالإهمال وهكذا ، فإنه وب مجرد ظهور السلوك نهمله ولا نقدم أي تعزيز له ، فإنه سوف يتلاشى لأن استجابة الصراخ لم يتم تعزيزها ، وعندما يقوم ذلك الطفل بالتحدث بطريقة هادئة و المناسبة نقوم بتقديم التعزيز المناسب فيحصل ما يسمى بالإشراط الإجرائي ، وهو أن المعزز قد افترن بمجرد ظهور الاستجابة المناسبة .

ولو افترضنا أن طفلاً ما يقوم بالقفز على المقاعد داخل الصف وقام المعلم بالصرخ عليه ، فربما يكون صرخ المعلم بمثابة تعزيز للطالب لأنه قد يكون الهدف من السلوك هو لفت الانتباه للمعلم ، وبالتالي فإن حديث المعلم وصرارخه عليه يعتبر بمثابة تعزيز .

ولكن لو تحدث المعلم بصوت هادئ ومعقول مع الطالب الذي قام بسلوك القفز على المقاعد ، وعززه مباشرةً بعد قيامه بهذا السلوك (الجلوس) ، فإن سلوك القفز يتلاشى عندما يعزز السلوك المقابل له (الجلوس) .

وهناك ما يسمى بالتعزيز الرمزي عن طريق ما يمكن تسميته (بالفيش) ، فلنفترض أن المعلم قد قرر استخدام أسلوب التعزيز الرمزي مع طالب يقوم بسلوكيات غير مرغوبة داخل الصف (القفز على المقاعد) ، فإنه يمكن للمعلم أن يقدم فيشة معينة للطالب كلما قام بالجلوس الصحيح ، وعند جمع (10) فيش ، يقوم المعلم بإعطاء تعزيز مساوٍ ، فالمعلم هنا يقوم بعملية تشكيل للسلوك كلما قام الطالب بالاقتراب من السلوك النهائي وذلك باستخدام الفيش . (Uhlin, 1984)

مريم طالبة تبكي بشكل مستمر و دائم عندما يحضر والدها إلى المدرسة ، ولا تحاول حل الوظائف المدرسية .

كانت المعلمة تعززها عن طريق إعطائهما ألعاباً مناسبة، وعن طريق قراءة القصص المسلية لها عندما تحاول الهدوء والانضباط داخل الصف وعند محاولتها حل الوظائف المدرسية، وعندما كانت مريم تقوم بالبكاء فإن المعلمة كانت تدير ظهرها وتهملها وتدرس طفل آخر، وعندما كانت تكفل عن البكاء كانت المعلمة تعود لتعليمها.

بعد تطبيق هذا البرنامج بشهرين ظهر لديها سلوك آخر وهو الكف عن البكاء، والقيام بتقبيل المعلمة ومعاقبتها. حاولت المعلمة مناقشتها والتوضيح لها بأن سلوك التقبيل هو سلوك غير مقبول داخل غرفة الصف، وكانت تقوم بإهمال ذلك السلوك عندما تقوم به، وتعززها عندما تكفل عنه حتى إصلاح السلوك.

وبعد ذلك، كانت المعلمة تقوم بتعزيز مريم كلما اقتربت من زملائها وشاركتهم نشاطاتهم، حتى استطاعت أن تكيف مع الجو الدراسي داخل غرفة الصف. (Dunn, 1973)

ثالثاً: حسب نظرية التعلم باللحظة

إن كل ما ذكر من تطبيقات يحدث في الصف، لكن لعب الدور له فائدة في التدريب على تقليل الحساسية، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

فوائد لعب الدور في المواقف مع المجموعة:

1. التفاعل الاجتماعي.
2. كل طالب يتقدم بقدم وظيفة فوذجية للأعضاء الآخرين في المجموعة.
3. الضبط الاجتماعي في بعض المواقف يدفع الطلاب لمحاولة إبداء سلوكيات يتم تعلمها.
4. الضبط الذاتي الذي هو أساسى لكل تكتيكات الإشراط، ويعتمد بشكل كبير على النمذجة والمعززات المشروطة، ويقصد به أن يقوم الفرد بتعزيز ذاته على سلوكيات يختارها بنفسه. (عدم التدخين لتجنب السرطان) حياة الأطفال في

البداية تكون مضبوطة بمعايير خارجية كقواعد الآباء والعلمين ، ويهدف الضبط الذاتي للتقيد بالمعايير التي تكون مفروضة على الفرد ذاتيا وظهور عن طريق معززاتهم وعقابهم . ويقصد بهذا المفهوم الفعالية الذاتية كما يقول كازدين (Kazdin, 1975).

ويمكن التدرب على الضبط الذاتي من خلال خمسة تكتيكات مختلفة هي :

1. ضبط المثير .
2. المراقبة الذاتية .
3. التعزيز الذاتي أو العقاب الذاتي .
4. التعلم الذاتي .
5. التدريب على الاستجابة البديلة .

إحدى فوائد الضبط الذاتي هو إمكانية تطبيقه في المعالجة ، واستخدامه مع الأطفال المضطربين سلوكيا الذين لديهم نشاط زائد وأخطاء اندفاعية .

أولاً : يندمج المجرب المهمات ويعلم نفسه ويضع مهامات حول المهمة ، ويجيب عن الأسئلة ، ويخطط لسلوكه ، ويوجه هذه الأفعال ، ويعزز ذاته ، وبعدها يقلد الطلاب ويعلم نفسه بصوت مرتفع ، وبعد ذلك دون صوت أو تحريك للشفاه .

هذا النوع من الضبط الذاتي يؤثر في تقليل الأخطاء الاندفاعية مقارنة بجموعات لم تتدرب . كما يستخدم الضبط الذاتي مع الطلاب العدوانيين ، مثل تكتيكات السلحافة إذ يتخيل الطلاب أنفسهم سلاحف تنسحب من المخباً وتمارس الاسترخاء العضلي ، وتستخدم طرق حل المشكلات لإحداث استجابات اجتماعية بديلة . (Paul & Epanchin, 1992)

ويوضح كلازيو ويلون (1967) وأستر (1982) أسباب انتشار الأسلوب السلوكى بين المدرسين الذين يعملون مع المضطربين سلوكيا كما يلي :

1. الأسلوب السلوكى عملي .

2. يركز الأسلوب السلوكى على الملاحظة، ويساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعيًا بتنوع مشاكل الطلبة وقدراتهم الخاصة.
3. الأسلوب السلوكى بسيط وسهل الفهم.
4. يركز على المعززات الإيجابية لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.
5. يسهل على المدرسين التعامل مع السلوك الملاحظ مباشرة حيث إن المدرسين غير مؤهلين للكشف عن أسباب السلوك.

بعض الانتقادات التي وجهت للنموذج السلوكى:

- يركز الاتجاه السلوكى على السلوكيات البسيطة وهو غير فعال في تطبيق إجراءاته على المشاكل الإنسانية المعقّدة.
- يظهر السلوكيون أحياناً عدم اتفاق للمبادئ الأولية للنضج والنمو والداعية الداخلية ورفضهم للعمليات الداخلية والمعرفية. ويتبين في حالة المضطربين سلوكيًا أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ ومعرفة ماذا حصل؟ لا يكفي!
- إن تعديل سلوك شخص يتضمن أمثلة جادة حول القيم التي لم يتم التعامل معها بعد على نحو ملائم. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أننا لا نغير الأطفال من أجل إرضاء الكبار، فالأطفال السليرون الهادونون الذين يسهل التعامل معهم يمكن أن يكونوا أسواء!
- بعض الجوانب الإيجابية في البرامج السلوكية لا تستمر مع الوقت، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم، وغير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواصف مشابهة.
- لا يتحمل أن يوجد نموذج يفسر كل السلوكيات لكل طفل. (Steven & Conoley, 1984)

النظريّة البيئيّة

تقوم النظريّة البيئيّة على مبدأ أن الاختلالات السلوكية والانفعالية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

ويقول البيئيون إن حدوث الاختلالات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث اختلالات لدى الطفل.

فالنظريّات النفسيّة المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكياً، مبنية على أساس الفلسفة النظرية الفردية للإنسان والطبيعة والعالم. (Swanson, 1984)

يعرف هارنج وفيليپ (Haring & Philips) المضطرب سلوكياً بأنه "الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الآخرين مثل الرفاق أو الآباء والمدرسين".

فالمضطربون سلوكياً هم غير السعيدين وغير القادرين على موافقة أنفسهم مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام المضطرب سلوكياً هو الذي لديه نماذج سلوكية كثيرة فاشلة بالمقابل مع النماذج السلوكية الناجحة.

والطفل المضطرب سلوكياً يحتاج لنوع معين من البيانات بحيث يتجه ويسير للنمو بشكل طبيعي، فهو يحتاج إلى خبرات متقدمة ليتحمل المسؤوليات ويتعلم بشكل أكثر فاعلية كي يتوجه لممارسة أمور حياته العامة بشكل طبيعي. (Shea, 1978) والنظريّة البيئيّة تميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع. ولا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكتابية إذا كان هناك اختلالات لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة، فالنظام البيئي يقدم لنا نموذجاً يقول: "لقد أساءت لي، وأنا سوف أسيء لك!". يقول لويس (Lewis, 1970) إن الأطفال يحتاجون لأكثر من برنامج تعليمي جيد، لأن التخطيط البيئي يقترح تضمين النظام البيئي الكلي للطفل الذي يشمل الأفراد الذين يعيشون ويتفاعلون معهم. (William & Van Osdol, 1977)

فالناس جميعاً لديهم وجهات نظرهم أو اعتقاداتهم الخاصة التي يفهمون ويطعون بها العالم، ووجهة النظر هذه تتضمن الإدراك الشخصي لذاته ولتصرفاته وإدراكه للأشخاص والأماكن والأحداث التي تبني عالمه. فكل منا لديه وجهة نظره أو اعتقاده الشخصي الفريد.

والفلسفة الشخصية للفرد وعالمه تعتبر حرجـة، لأنها ذلك العنصر الذي ينقل طاقته للفرد ويعطيها شكلاً واتجاهـاً معيناً، وبالتالي يؤثر على نوعية تصرفاته. وهكذا فإنـ الفرد ينمو ويستجيب لعدة أسلـلة حول نفسه والآخرين والبيئة، ومن بين هذه الأسلـلة: من أنا؟ ولماذا أنا موجود؟ لماذا أتصرف نحو نفسي والآخرين والبيئة بهذه الطريقة؟ هل يستطيع الإنسان تغيير العالم؟ هل يستطيع تغيير سلوـكـنا وسلوـكـاتـ غيرـنا منـ السـلوـكـاتـ غيرـ المناسبـةـ إلىـ السـلوـكـاتـ المناسبـةـ؟ منـ السـلوـكـاتـ غيرـ المتـجـهةـ وـغيرـ المـقبـولةـ إلىـ السـلوـكـاتـ المـنـتجـةـ والمـقبـولةـ؟ منـ السـلوـكـاتـ الـهـدـامـةـ إلىـ السـلوـكـاتـ الـبـنـاءـ؟ منـ السـيـءـ إـلـىـ الـأـحـسـنـ؟ هلـ يـجـبـ تـغـيـرـ السـلوـكـ؟ ولـمـاـذـ؟ وـبـوـاسـطـةـ منـ؟ هلـ يـكـنـ اـسـتـخـدـامـ أيـ شـيـءـ لـتـغـيـرـ السـلوـكـ؟ . . . هذه الأسلـلةـ وـغـيرـهاـ تسـهـلـ تـطـورـ الفلـسـفـةـ الفـرـديـةـ لـلـشـخـصـ وـالـطـبـيـعـةـ وـالـتـعـلـيمـ.

وهـذهـ الفلـسـفـةـ الذـاتـيـةـ سـوـاءـ كـانـتـ وـاعـيـةـ أـمـ غـيرـ وـاعـيـةـ فـإـنـهـاـ تـظـهـرـ وـيـتمـ التـعـبـيرـ عـنـ تـصـرـفـاتـناـ.

فـهـيـ عـنـصـرـ هـامـ فـيـ اـتـخـادـ الـقـرـارـاتـ الشـخـصـيـةـ وـالـمـهـنـيـةـ، وـنـظـرـاتـنـاـ وـاعـقـادـاتـنـاـ عـنـ الـأـشـخـاصـ هـيـ نـظـرـةـ ذاتـ معـنـىـ نـطـبـقـهـاـ وـنـوـظـفـهـاـ فـيـ تـصـرـفـاتـنـاـ الـيـوـمـيـةـ معـ الـآـخـرـينـ.

وـعـلـمـ الـبـيـئـةـ هـوـ درـاسـةـ لـلـعـلـقـةـ المـتـبـادـلـةـ بـيـنـ الـكـائـنـ الـحـيـ وـالـبـيـئـةـ، وـعـنـدـ توـظـيفـهـ معـ الـمـضـطـرـيـنـ سـلوـكـيـاـ يـصـبـعـ عـلـمـ الـبـيـئـةـ هـوـ درـاسـةـ لـلـعـلـقـةـ المـتـبـادـلـةـ بـيـنـ الـطـفـلـ وـالـمـجـمـوعـةـ معـ الـأـفـرـادـ وـالـجـمـاعـاتـ وـالـعـنـاصـرـ الـأـخـرـىـ فـيـ الـبـيـئـةـ. (Shea, 1978)

الـبعـضـ يـقـولـ إـنـ حـالـةـ الـأـبـاءـ الـرـوـجـيـةـ فـيـ غـاـيـةـ الـأـهـمـيـةـ لـعـرـفـةـ أـسـبـابـ الـاضـطـرـابـ، وـالـبعـضـ يـقـولـ إـنـ الـظـرـوفـ الـعـامـةـ لـلـمـتـزـلـ أوـ الـأـسـرـةـ هـيـ الـمـسـؤـلـةـ، وـالـبعـضـ الـأـخـرـ يـقـولـ إـنـ بـيـئـةـ الـمـدـرـسـةـ هـيـ الـمـسـؤـلـةـ.

أولاً: أثر الأسرة والعامل الأسري

يعكس سلوك الأطفال الاتجاهات والأراء والمعايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشاكل الوالدين، والحرمان، والضغوطات من أجل الحصول على سلوكيات ناضجة جداً... وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة بالتأكيد ستساهم في الأضطرابات السلوكية. هناك معايير معينة للسلوك ضمن أية أسرة، وبالتالي فإن الطفل الذي ينمو في بيئه ثقافية معينة، ثم تنتقل الأسرة لسبب أو لآخر إلى منطقة أخرى، فإنه يجد نفسه تحت تأثير البيئة الجديدة وتدخلها للتغيير سلوكه، فعليه قبل بعض المعايير السلوكية الجديدة التي لم يعتد عليها.

كما أن الحالة الاجتماعية الاقتصادية لدى الأسرة تحدد شكل الفرص التي ستتوفر للتعلم الاجتماعي، فبعض الأطفال لديهم مزيد من الفرص للتعلم من خلال المواقف الاجتماعية، إضافة إلى أن اتجاهات أصدقاء الطفل وأفعاله سيكون لها التأثير الكبير على سلوكه الكلي. (Woddy, 1969)

ييل الأخصائيون في الصحة العقلية إلى وضع اللوم في الأضطرابات السلوكية على العلاقة بين الوالدين والطفل، والبعض يعتقد أن جميع المشاكل السلوكية الشديدة نشأت من خلال التفاعل السلبي المبكر بين الأم والطفل.

على العموم، فإن الدراسات حول العلاقات الأسرية تضمنت أن تأثير الآباء على الأطفال ليس بالأمر السهل، وأن الأبناء يؤثرون على الآباء بالطريقة نفسها. ويبدو واضحًا أن التأثيرات والتدخلات الأسرية "تفاعلية وانتقالية" وعلاقة الآباء والأبناء مع بعضهم البعض هي علاقة تبادلية، وأن الانتباه لحاجات الطفل مثل الحب والاهتمام والتعزيز واستخدام أسلوب العقاب والتهذيب المناسب، سيؤدي إلى تحقيق سلوكيات مرغوبة لدى الأطفال. (Hallhan & Kauffman, 1978)

ثانياً: العامل المدرسي

يكون بعض الأطفال أصلًا مضطربين سلوكياً قبل مجئتهم إلى المدرسة، ويطرور

البعض الآخر الاضطراب السلوكي في المدرسة ، والأطفال المضطربون سلوكيًا قبل دخولهم المدرسة يصبحون أسوأ أو أفضل ، ويعتمد ذلك على طريقة وضعهم والتعامل معهم في الصف الدراسي .

فالاداء السلوكي والخبرة للطفل ستتفاعل مع سلوكيات الأصدقاء والمدرسين ، وعندما يدخل طفل ما المدرسة ويكون لديه اضطراب سلوكي وقليل من المهارات الأكاديمية والاجتماعية ، فإنه سيحصل على اتجاهات سلبية من قبل رفاته ومدرسيه .

وهناك خطر حقيقي في أن مثل هذا الطفل سيصبح محاطاً بالتفاعل السلبي بحيث يصبح مزعجاً ومتزعجاً من قبل المدرسين والرفاق . وأخيراً ، فإن بيئه المدرسة ربما تكافئ وتعزز السلوك غير السوي للطفل بواسطة الانتباه الخاص ، حتى لو كان هذا الانتباه عبارة عن العقاب ، فالطفل غير المقبول من قبل رفاته ولا يتلقى الانتباه ، ربما يميل للشجار مع رفاته لجلب الانتباه له حتى لو كان ذلك بالطرق السلبية (Hallahan & Kauffman, 1982).

ومن أساسيات النظرية البيئية أنه ليس هناك سلوك مضطرب بالوراثة ، إذ لا بد من النظر للسلوك في محتواه قبل فرض أحکام الاضطراب ، وهو نتيجة عدم التوازن والتطابق بين الأفراد والمحتوى البيئي ، وعن طريق إحداث تغيرات في الفرد أو البيئة أو كليهما ، يمكن أن يعمل على تخفيف حدة الاضطراب (Paul & Espanchin, 1992).

كما أن النظرية البيئية لا تعتبر الاضطراب السلوكي مرضًا للطفل ، بل تنظر للنظام كعمق . وحسب النظرية البيئية ، يجب أن يتم التركيز على عدم التوازن بين الفرد وبيئته .

إن التصورات البيئية للاضطراب السلوكي والانفعالي لها جذور في الأنظمة المختلفة ، ومن بين المنظرين لذلك المفهوم أخصائيون أثريولوجيون عملوا على توضيح العلاقة المتبادلة بين الأفراد وبيناتهم والطبيعة المتصلة بالانحراف . كما يتشكل المفهوم البيئي من حقلين : الـطب والـاجتماع . ويتفق البيئيون على أن السلوك ناتج عن التفاعل بين القوى الداخلية وظروف البيئة .

ومن الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية:

1. إن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير.
2. الاضطراب ليس مرضًا يصاب به الطفل، بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة.
3. الاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها. (Steven & Conoley, 1984)

المفاهيم البيئية

الوحدة الأغلب شمولا هي النظام (Ecosystem)، وهي شكل من أشكال التواجد أو عدم التواجد في وقت منتظم ومكان منتظم، بحيث يكون بينهما ترابط، وتشتمل المكونات على الموضوعات المادية، والأنظمة ضمن النظام (Ecosystem)، ولا يشتمل الوقت على الوقت العادي بالساعة فقط، بل بالحوادث وجدالول تسجيل الوقت.

ويشتمل المكان على الحيز المادي وال النفسي، وعند تمثيل هذه المفاهيم على الصف فإنها تكون كالتالي :

المكونات: المقاعد، والكتب، والأطفال، والمعلم، والمساعد، والطاولة . . .

الوقت: التاسعة والربع صباحا، السبت، اليوم، يوم قبل الإجازة، يومان بعد الانفعال الحاد، قراءة الوقت.

الحيز: غرفة 20×30 ، الجدران مطلية بالأخضر، إضاءة، سجادة.

بالإضافة إلى هذه الأبعاد فإن النظام في الصف له جوانب ديناميكية.

يقوم المنخرطون في البيئة بنشاطات مختلفة، كل نشاط يتميز عن طريق فرد مستقل، وبين الأنشطة فواصل زمنية، والصف بالطبع لا ينفصل عن المدرسة، والروتين حيث لا يتعلق فقط بالأنشطة العادية المتكررة، بل هناك روتين خاص مثل وقت المكتبة والتمارين.

توجد المدرسة ضمن حيز المجتمع ، لذلك فإن بعض مكونات المجتمع لها علاقة مع عناصر مكونات المدرسة ، فالآباء هم جزء من المدرسة والمجتمع ، كذلك العاملون ، ومن الممكن العمل مع هذه العلاقات المتبادلة لخدمة الطفل المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا . (Paul & Espanchin, 1992)

المنظور البيئي يتشكل من قانونين أساسين

1- البحث عن التوازن في النظام ، وهو ضروري لمنع حدوث الاضطراب ، ويتم عن طريق أربع عمليات :

Adabtation التكيف :

Assimilation التمثيل :

Suecession الاتخراج (الاحالة) :

Expulsion التابع :

يحدث التكيف عندما يتم تغيير مكون واحد من أجل التلازم مع بقية النظام ، وإذا لم يحدث التكيف واستمر الاضطراب ، فإنما أن يشمل النظام الاضطراب عن طريق تأسيس بيضة جديدة أو يرفضه من النظام . وإذا لم يكن هناك إمكانية للتكيف مع عنصر الاضطراب فإنه يحدث تمثيل أو طرد أو تابع بيئي .

ولتوسيع ذلك نفترض أن (س) لديه مشكلة في غرفة (ص) ، ولنقل إنه لا يريد الجلوس مكانه ، وأمامه عدة طرق منها: تعديل سلوكه (تكيف) ، أو وضعه في الزاوية (تمثيل) ، أو إرساله لمكتب المدير (إخراج) ، أو العمل على إيجاد صفات ليس من الضروري فيه الجلوس (تابع) .

2- العلاقة المتبادلة بين عناصر النظام ، حيث إن أي تغير يطرأ على مكون واحد يؤدي إلى تغير في المكونات الأخرى وفي النظام كله . وقد طور الباحثون في الاتجاه البيئي وسائل لجمع المعلومات منها: الاستبيانات ومقاييس الملاحظة والتسجيلات الحية .

النظام: وحدات التحليل

الصف كنظام: يتم التركيز على عدة ظواهر من قبل البيشين.

• التفاعل بين الطالب والمعلم، وهذا التفاعل ظاهرة أساسية في الصف، وقد أشارت الأبحاث إلى أنه يؤثر على السلوك الصفي، وهناك ثلاثة عوامل يمكن أن ترتبط في الصف السلطوي وهي:

التنافس ، والضبط المرتفع من قبل المعلم ، والتأييب القاسي .

ففي دراسة لأثار أشكال تأييب المعلم المختلفة، وجد أن التأييب بصوت منخفض هو أكثر فعالية مع الطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا. (Oleary & Wilson , 1975 ,

كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين الضبط العالي للمعلم والتنافس وأثارهما على زيادة التغيب. وتم دراسة الاختلافات البيشينية بين برامج الأطفال العاديين والخاصة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا في مرحلة ما قبل المدرسة والاختلافات في العلاقة بين الطلاب والمعلم.

وقد وجد أن هناك تفسيراً أكثر للقواعد والتوقعات السلوكية في الصور الفحصية. ولكن كان هناك تجاهل وإهمال أكبر للسلوك غير المناسب في البرامج العاديه.

وفيما يتعلن بالتفاعل بين الطلاب، فإن المحاورات الحديثة تهدف إلى الاستفادة من العلاقة التفاعلية بين الطلبة لدعم فكرة دمج الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا. وقد وضح جونسون (Johnson, 1980) أهمية العلاقة كما يلي :

1. تؤثر على التحصيل والإنجاز التربوي.
2. تساهم في تغيير القيم والاتجاهات وطرق التعامل في المجتمع.
3. مؤشر تنبؤي لمستقبل الصحة النفسية.
4. يتم تعلم مهارات اجتماعية ضرورية من خلالها، وتقليل من العزلة الاجتماعية.

5. تساهم في عدم وقوع مشكلات في مرحلة المراهقة مثل المخدرات.
6. تزود بمحظى يتعلم الأطفال من خلاله التحكم بالعدوان والاندفاعات.
7. تساعد على نمو عملية التنشيط الجنسي وتطوره.
8. تؤثر على الاتجاهات نحو المدرسة.

البناء Structure

تناولت عدة دراسات أثر البناء على السلوكيات، وقد أشارت دراسة (Oleary) أن قوة بيئة الصد يمكن أن تربك أي تغير يحدث في سلوك الفرد. وأشارت للصف المفتوح وفائدة للأطفال المضطربين سلوكيًا، فالمرؤنة والمسؤولية والاستجابة والاحتمالية الأقل للاضطراب حيث إنه وحسب الدراسة يكون من السهل ملاحظة السلوك المنحرف فيه. (Paul & Epan-chin, 1992)

المدرسة كنظام

إن نظام المدرسة كنظام الصد له عناصر متفاعلة لها أهمية في فهم الاضطراب السلوكي وسيتم توضيحها كما يلي :

مواقف السلوك Behavior Settings

المدرسة ليست متناغمة، بل تشتمل على عدد من المواقف السلوكية : الصفوف العادية والخاصة والمكاتب، لم يدرس أثر هذه المواقف على السلوك بعناية، ففي دراسة (Oleary) السابقة المتعلقة بعمل برامج تدخل قصير المدى مع الأطفال الذين لديهم اضطراب في سلوك التصرف، اختفت هذه الاضطرابات عندما عادوا لصفوفهم العادية، مما جعل الباحثين يستنتجون أن الصد العادي كان مختلفاً عن الصد الخاص، حيث لم تتم رؤية الذئبنة السلوكية المكتسبة خلال التدخل مطبقة في موقف جديد. وهذا المؤثر استخدم لدعم بقاء المضطربين سلوكيًا وفعاليًا في صفوف خاصة، وي تلك الوسيلة يمنعون من التكيف في بيئة الصد العادي.

العلاقة مع المعلم

الطريقة التي يرتبط بها المعلمون لها تأثير على طريقة تفاعلهم مع الطلاب المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فغياب أو وجود الدعم المهني تشمل (تعليم الفريق) العلاقة التي يمكن أن تبرهن أو تبني دور المعلمين كمصادر للتعامل مع السلوكات المشكّلة غير المرغوب فيها في الصفوف، وهناك أهمية لعلاقة المعلم مع معلم التربية الخاصة.

• **التنظيم والفلسفة:** بالطريقة التي تختلف فيها المدرسة في تنظيمها وفلسفتها، يمكن التوقع أن هناك اختلافات بين المعلمين في نظرتهم للسلوك المترافق.

• **البرامج الخاصة:** تؤثر برامج التدخل على النظام البيئي لها، وليس فقط برامج مثل (غرفة المصادر) والتطوعين، لها تأثير في خدمة الطلاب بل سوف تؤثر على المنهج وبرامج الصدف العادبة، وأهم عامل في فعالية الدمج هو مركز خدمات دعم معلمي الصفوف. (Moos, 1979)

المدرسة ضمن نظام المجتمع:

1. الموقع Location

فيما يتعلّق بالمقارنة بين صفوف الريف والمدينة، فقد وجدت صفوف القرية أكثر تناضاً، وأقل تنظيماً من صفوف المدينة، كما أن العلاقات بين الأسر والمعلمين في الريف أكثر وضوحاً، بينما كان الأقران ثالثاً مهمة للأطفال في المدينة.

1. مشاركة الآباء في المدينة أكثر وضوحاً مما هي في القرية.
2. شبكات الخدمات متوفّرة في المدن أكثر من توفرها في القرى.

الاضطراب البيئي

1. الطفل كعامل اضطراب: يشاهد الطفل كفوة تعيق استمرار النشاط الصفي ، وكل ذلك عن طريق برامج تدخل سلوكية طبية بيئية ، وإذا لم ينجح فيجب أن يتزوج الطفل ويوضع في بيئه علاجية . ويأخذ الاضطراب عدة أشكال منها: مهرج الصف ، ومحامي الصف ، والطفل الباكى ، وكبسن الفداء .

2. البيئة كعامل اضطراب: تكون البيئة أحيانا سببا في الاضطراب نتيجة لواقف هي :

أ. مواقف ضمن الصف (المدارس الحكومية فيها تنافس ومتطلبات أكاديمية غير مناسبة لتعلم مكثف ، وأتوقراطي ، وإثارة وقلة انتباه زائدين ، وليس كل الأطفال قادرين على التعايش مع هذه المواقف . من هنا فإن المضطرب سلوكيا وانفعاليا هو من ليس لديه قدرة على التكيف في المواقف الصحفية .

ب . يحدث أحيانا صراع بين متطلبات البيت والمدرسة أو الصف العادي وغرفة المصادر ، ويجب معالجة ذلك عن طريق إيجاد توقعات واقعية من الأطفال .

ج . الافتقار للتلاقيم بين السلوك والبيئة .

التدخل البيئي Ecological Intervention

يتم التركيز من خلال التدخل على البيئة والطفل ، بحيث يحدث نوع من التلاقيم بينهما ، ثم تطوير برامج تدخل يوضح فيها إمكانية استخدام المناخي النظرية الأخرى لتحقيق أهداف التدخل البيئي ، وصنف في ثلاثة جوانب :

1. مواقف مؤسسية مصطنعة مثل مشروع إعادة التعليم Re-education .
2. مواقف المجتمع الطبيعية مع الجائعين ومع الأسر ، وعلاج يعتمد على شبكات الخدمات الموجودة .

3. موافق المدارس الحكومية:

أ. الطلاب كعامل مغير للسلوك.

ب. مقابلات حية.

ت. تدخل مساوي في النظام.

ث. توسيع دور المعلم، وضبط وتدخلات صفية. (Steven, conoley, 1984)

ولتتعرف على بعض البرامج العلاجية التي تأخذ بالمنحي البيئي، فسأعرض لأبرزها وهو مشروع إعادة التعليم.

مشروع إعادة التعليم Project of Re - Education

يعد من أفضل الأمثلة كبرنامج علاجي يبني حيث ينظر فيه للاضطراب السلوكي والانفعالي كمشكلة تربوية أكثر منها مرضية، ويعتمد على إعادة التكيف وإعادة التعليم في محيط الطفل الاجتماعي، مفضلاً ذلك على العلاج النفسي التحليلي.

بدأ في عام 1963 / 62 وضمّ أطفالاً أعمارهم بين 6-21 سنة، مستوى الذكاء متوسط أو أعلى، ولديهم اضطرابات سلوكية حالت دون بقائهم في المدرسة العادية، وكانوا يقيمون في مدرسة لإعادة التعليم خلال خمسة أيام في الأسبوع ويلذهبون لأسرهم في نهاية الأسبوع.

ووصف هوبز فريقاً يتكون من ثلاثة معلمين يعملون على إعادة التوازن بين الأطفال وأنظمتهم الاجتماعية، وذلك من خلال استراتيجيات تتعلق من اهتمامها بالسلوك والتوقعات لدى الأطفال المضطربين.

وضع هوبز عام (1966) قائمة تحوى اثنى عشر مفهوماً في صميم عملية إعادة التعليم وهي:

1. أهمية أن يعيش الطفل وقته.

2. استغلال الوقت الكافي: متوسط الإقامة في المركز هو ستة أشهر.
3. الثقة أساسية: العمل على إعادة الثقة من خلال المسؤولين عنهم.
4. الكفايات: إنقاذ الطفل لكتفه معينة تزيد من ثقته بنفسه وبالآخرين.
5. يجب السيطرة على الأعراض ومحوها.
6. اكتساب المعرفة بمكنته عن طريق المقابلة وتقييم العلاقات.
7. يجب إشباع المشاعر، تشجيع التعبير عن المشاعر وتدريبها.
8. الجماعة مهمة للأطفال، للدعم بعضهم البعض وتشجيعهم.
9. الطقوس كجزء من البرامج لتعليم الضبط والثقة بالنفس.
10. الجسم هو درع النفس الواقي.
11. المجتمعات لها أهمية.
12. يجب أن يشعر الطفل بالسعادة.

تشمل هذه الأساس لبرنامج إعادة التعليم الذي وضعه هوبز، واعتبره الملاجأ الأخير للمضطربين قبل وضعهم في مؤسسات خاصة. (Newcomer, 1980)

النظرية البيوبسيولوجية

وأشار كيرك إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هناك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المجتمع الاجتماعي تعود إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيراه وآليات الاجتماع الموجودة في المجتمع. وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكاناً كعوامل ميسية للاضطرابات السلوكية والانفعالية. (Kirk, 1989)

يرى بعض المؤيدون لهذه النظرية بأن بيئته الفرد الخارجية External Environment لا تشكل أهمية بالنسبة للمشاكل السلوكية، ويشير آخرون من أتباع هذه النظرية أن هناك

أهمية للعوامل الخارجية على السلوك، وذلك كعامل مشور للعصبية لاستشارة السلوك.
(Shea, 1978)

يعتقد بعض المختصين أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك، إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل. فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الأضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا. فمثلاً في حالات التوحد (الأوتزم)، فإن الأطفال يظهرون عدم توازن كيميائي، كذلك فإن الجينات غالباً ما تلعب دوراً في فصام الطفولة. ومع أنه في بعض الحالات يكون هناك خلل بيولوجي، إلا أنه لا أحد يستطيع أن يجزم القول فيما إذا كانت هذه الأسباب الفسيولوجية هي السبب في اضطراب السلوك، أو أنها مصاحبة لها بطريقة غير معروفة. (Heward & Orlansky, 1988)

وأشار هالاهان و كوفمان (1982) إلى أن السلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الحينية والعصبية والبيوكيميائية، أو بأكثر من عامل منها، وإلى أن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه، لذلك من المنطق أن ينظر إلى العوامل البيولوجية على أنها وراء الاضطراب السلوكي والانفعالي، ونادرًا ما يكون بالإمكان إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي المحدد والاضطراب السلوكي والانفعالي.

كما أشار (Rimland, 1964) إلى أن معايير وأسباب نشوء المشاكل، والخلل العقلي والدماغي ليست فقط بيئية فحسب، بل هي أيضاً عضوية وراثية، وقال أيضاً إن التواحي البيئية الاجتماعية والنفسية ليس لها ذلك العيار العميق في هذا المجال الدراسي للاضطرابات الدماغية والسلوكية.

وفي كثير من سلوكات الأطفال العاديين بعض الأضطرابات البيولوجية، وبالنسبة للاضطراب البسيط والمتوسط ليس هناك دلائل على أن العوامل البيولوجية وحدها تشكل جذور المشكلة، أما في حالة الاضطراب الشديد، فإن هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن العوامل البيولوجية يمكن أن تساهم في حدوث الحالة. (Hallahan & Kauffman, 1991)

اولاً: العوامل الوراثية Genetic Factors

الخلية أساس الكائن الحي، لذا لا بدّ من دراسة الخلية الوراثية، وذلك لمعرفة أسباب الاضطراب الوظيفي عند الأطفال. إن الاتجاه الوراثي هو الاتجاه العلمي الذي يوضح ويفسر أسباب ظهور الاضطرابات، ونظرية الخلية الوراثية لها مقاييس للوقاية ودراسة الاضطرابات النفسية الناتجة عن إصابة الخلايا.

إن اضطرابات الفصام Schizophrenia من المواقيع التي يتم نقاشها بشكل واسع ضمن الاضطرابات الوراثية، فقد وضح ميهل (Meehl, 1969) أهمية معرفة العامل الوراثي في هذا الاضطراب Schizophrenia الدماغي السلوكي، فقد درس ما مدى تأثير التوائم المتشابهة، ووجد أن 58% هي النسبة التي تنشأ في التوائم. أما بس (Buss) فقد وجد أن معدل حدوث هذا الاضطراب يتناسب تناصباً إيجابياً مع وجود التقارب الوراثي عند المريض وأفراد العائلة. وهكذا فإن هذا الخلل الدماغي ينتقل خلال الخلية الوراثية المصابة.

وقد أكدت نظرية معاكسة للنظرية الوراثية أن هناك عاملات بيئية نفسية مسبباً مثل هذا الاضطراب الدماغي السلوكي. وعلى هذا الأساس نشأت فكرة أن الوراثة ليست مكافئة لنشوء الاضطراب السلوكي. وقد تمت التوصل إلى أن السبب الرئيسي لنشوء الاضطراب الدماغي السلوكي هو وراثي. ولكن لا بد من تأثير البيئة في ظهور هذا الاضطراب.

ولا بد من الإشارة إلى النقاط التالية في مجال العوامل الوراثية:

1. وجود الاستعداد الوراثي لهذا الاضطراب لا يعني أنه سوف يظهر.
2. إذا ظهر الاضطراب، فإنه ليس بالضرورة أن تكون الوراثة السبب المباشر والرئيسي.
3. ليس كل من يحمل الخلية الوراثية (المصابة) يحصل لديه الاضطراب.

وقد يولد الطفل حساساً بصورة أكثر من العاديين، وذلك لعوامل وراثية مما يؤدي إلى أن يسلك في بعض المواقف العادية سلوكاً غير عادي (Heward & Orlansky, 1988).

وأورد كيرك وجابر (1983) عن شوارز (Schwarz, 1979) أن هناك شواهد ثابتة تشير إلى أن للوراثة دوراً واضحاً في تشكيل سلوك الفرد. (سرطاوي وسисالم، 1987).

ثانياً: العوامل النعائية: Developmental Factors

يعود هذا المجال إلى دراسات نحو الجنسين والأطفال، وقد ورد في تقرير (Bender, 1968) أن عوامل وجود اضطراب في تصرفات الطفل ينشأ من المعرفة. وهناك دلائل مثل النبض المنخفض، والتنفس الضعيف، وأضطرابات فسيولوجية جسمية وبعض عادات النوم.

يبدأ الفحص عند الأطفال بوجود خلل في نحو الجنسين، وبالتالي تكون لديه اضطرابات عضوية معقدة ومتتشابكة مع الجهاز العصبي. وتنوّع النظريّة النعائية على أنّ الاضطرابات مهمة في تكون الاضطرابات السلوكية لدى الفرد. وأشارت (بندر) Bender إلى أسباب ظهور القلق عند الأطفال، وعلاقة هذا القلق باضطراب الفحص، وأضافت إن بعض هذه الظواهر السلوكية للفحص هي مجرد دفاع عن النفس، وهي طريقة طبيعية عند المصايب بهذا الاضطراب السلوكية لكي يدافع عن ما قد يتوصّل إليه من تفكير في الحياة الطفولية.

وأشار هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1982) إلى أنّ كثيراً من الاضطرابات السلوكية تعتبر شائعة بدرجة كبيرة بين الأطفال المستررين.

ثالثاً: العوامل المثورة Arousal Factors

تعود هذه العوامل إلى دراسة أسباب نشوء الحركات والتصورات غير السوية التي تكون أعراض وأضطرابات في الشخصية عند الطفل المترد (Autism)، مثلاً: قد يلجم الطفل إلى التصرف غير السوي لأن التركيب الفسيولوجي لا يسمح لهذا الطفل بأن يفهم معايير الفرق بين التصرف السوي والتصور غير السوي. وأهم ما في الموضوع هو عدم إدراك هذا الطفل بما يمكن أن يتبع عن هذا السلوك الظاهر.

إن إثارة الطفل المصايب تتبع من التركيب الفسيولوجي، ولا يكون هناك أي إدراك

عن مدى تقبل هذه التصرفات الناتجة عن الإنارة لدى المجتمع، حيث تظهر لنا أنها شاذة وغير طبيعية. (Heward & Orlansky, 1988)

رابعاً: العوامل الإدراكية Perceptual Factors

يشير هذا العامل إلى أن السبب الرئيسي لنشوء مثل هذه الأضطرابات الشاذة، هو عدم معرفة الشخص المصاب بما حوله من أمور، وعدم إدراك المصاب يتجه السلوك غير الثابت، ويوحد عدم الاستمرارية والثبات في السلوك الإيجابي. وقد نونش عدد من الأضطرابات السلوكية في هذا المجال أهمها التوحد.

ومن أمراضه:

1. خلل في الإدراك.
2. خلل في التعامل مع الآخرين.
3. اضطراب في الجهاز العصبي.
4. اضطراب في اللغة.
5. اضطراب في النمو.

فعدم الإدراك عند الطفل يسبب تكون الحركة الزائدة التي تولد التصرفات غير الطبيعية، التي تؤدي إلى الهموسة والإدراك غير الطبيعي الوهمي.

خامساً: العوامل العصبية (النيرولوجية) Neurological Factors

لا بد من وجود إصابات في الجهاز العصبي لنشوء مثل هذا السلوك غير المتوازن، ومن هذا المنطلق يكون السبب المباشر لهذا التغير غير المرئي، ولكن يظهر في التصرف والسلوك غير المقبول. ووضع هذا العامل في الدماغ.

فالدماغ القديم يقوم بموازنة الأحساس والتصرفات التعبيرية Expressive، أما الدماغ الجديد (الحدث) فإنه يقوم بتنقلي فعالية تأثير الدماغ القديم على الجهاز العصبي وما قد ينشأ من التصرفات المختلفة.

فإذا لم يوجد هذا الجزء المهم من الدماغ، فقد توجد هناك تصرفات وحركات لا إرادية وغير مقبولة في المجتمع. ومن هنا نلاحظ أن إصابة الجهاز العصبي يعتبر سبباً رئيسياً في عدم القدرة على التقييد في النظام والتصرفات العدالة والشادة التي تولد اضطراباً في السلوك، وتكون سبباً من أسباب الانزوال.

وقد أشار كروكشانك وأخرون (Cruickshank, et al, 1981) إلى أن سوء الأداء الوظيفي للمخ أو التلف المخفي يؤثر بصورة مباشرة على طبيعة سلوكيات الفرد.

سادساً: العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors

إن استقصاء العلاقة بين كيميائية الدماغ توضح كثيراً من أسباب اضطراب السلوك لدى الفرد، وذلك بأنه قد يحدث خلل في الاتصال العصبي في الخلايا والتشابكات العصبية في الدماغ، فتختلف بذلك كيميائية الدماغ وتضطرب السلوكيات الظاهرة الصادرة عن الفرد.

وكذلك المواد الكيميائية في جسم الإنسان من مثل PKU واليورين (Urine) و Phenyl pryuric acid وغيرها من المركبات الكيميائية في جسم الإنسان، فإن نقصانها أو زياقتها في الجسم يؤدي إلى اضطراب السلوك.

وقد أشار Kauffman إلى أن العوامل الفسيولوجية والعوامل البيوكيميائية أو أن اتحاد عاملين مع بعضهما البعض سبب حدوث اضطرابات السلوكية. (Kauffman, 1989)

بالإضافة إلى العوامل سبقة الذكر يمكن الإشارة إلى المجموعات التالية:

عوامل وأسباب أخرى:

1. خلل عضوي (جسمي)، فهناك جزء أو أكثر في الجسم يوجد به نقص في الشكل أو الحجم مثلاً (Spinabifida)، وكذلك وجود عيوب في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثل (Clubfoot) القدم المشوهة.

2. خلل وظيفي : وجود خلل وظيفي في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثلاً : فقد السمع ، فقد البصر . . . إلخ .

3. أخطاء في عمليات الأيض : الجسم يكون غير قادر على تحويل بعض المواد الكيميائية إلى مواد أخرى لازمة لوظائف الجسم مثل PKU فينيل كيتونوريا و (Tay- Sachs) تي - ساكس .

4. أمراض الدم : الدم غير قادر على القيام بوظائفه الطبيعية مثل الأنيميا (Anemia) وهيموفيليا (Hemophilia) .

الخلل العضوي قد يكون ناتجاً إما عن الوراثة أو البيئة ، والخلل البيئي قد يظهر قبل الولادة أو خلالها أو بعدها .

نتائج البحوث :

إننا نسمع كثيراً عن الأضطرابات السيكوسوماتيرية (الأضطرابات النفسية جسمية) ، وهذا يعني تأثير الحالة النفسية على الجسم . ونظر الكثرة المعلومات المتوفرة من خلال التحليل النفسي عن هذه الأضطرابات ، فإننا نميل في بعض الأحيان إلى تناسى وجود عوامل أخرى جسم - نفسية بما يعني تأثير الوضع الجسمي على الحالة النفسية والانفعالية هذا ويمكن تلخيص أهم النتائج التي كشفت عنها البحوث والدراسات في مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلي :

1. يعتقد البعض بأن العوامل الجينية يتحمل أن تكون أسباباً في حالات الشизوفرانيا .

2. يعتبر البعض البناء التكروني للجسم سبباً في بعض الأضطرابات ، ومن أمثلة ذلك :

أ. قد يوجد ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل :

- النمط الجسمي المعروف باسم Ectomerphy (الجلدي) ، قد يرتبط بعدم الارتباط والشعور بالقلق .

- النمط الجسمى المعروف باسم (Mesomorphy) العظمى ، قد يرتبط بالميلول العدوانية والصرامة .

ب . قد يرتبط الجهاز العصبى المستقل الإرادى بالسلوك :

- ترتبط سيطرة الجهاز السمباثاوي Sympathetic بحالات الاعتماد على الآخرين ، وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن .

- ترتبط سيطرة الجهاز الباراسمباثاوي Parasympathetic بحالات الاعتماد على النفس والاستقرار والثبات والشعور بالأمن .

ج . لم تتضح حتى الآن العلاقة بين التغيرات الهرمونية والنمو باضطرابات السلوك .

3. عوامل الإنجاب :

أ . مدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات السلوك فيما بعد .

ب . اضطرابات السلوك أكثر شيوعا بين الأطفال المستربين عن غيرهم .

4. التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبى المركزي :

أ . يعتقد كثيرون بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبى المركزي يعتبر من العوامل المسيبة لاضطرابات السلوك .

ب . لا يوجد دليل تجريبى مباشر على أن التلف المخي يرتبط بنوع محدد من الأمراض النفسية (عبد الرحيم ، 1988) .

وفي دراسة قام بها كل من (ستراوس) Strauss و (لتين) Lehtinen و (كروكشانك) Cruickshank (1961) أرجع هؤلاء مشكلات النشاط الزائد والمشكلات الإدراكية - المركبة إلى التلف المخي ، على الرغم من الصعوبة التي توجد في كثير من الحالات في تمييز علامات محددة لأي تلف نيرولوجي . (عبد الرحيم ، 1988) .

التدخل البيوفسيولوجي (Biophysical intervention)

أهداف التدخل البيوفسيولوجي

إن من أهداف التدخل البيوفسيولوجي هو إصلاح صحة الفرد التي يعتقد أنها متطلب مسبق للسلوك المرغوب فيه، وللقدرة على التعلم. وعندما يصعب أو يستحيل تحقيق هذا الهدف، إما بسبب الإصابات العضوية التي لا تعالج نهايًا أو بسبب أن الأدوية لا تستطيع العلاج ، فإن المعالج يحاول أن يبدل أهدافه عن طريق إجراءات تعويضية للإصابات ، فعلى المعلم أن يكون على وعي بأي من الأهداف منطقياً ومعقولاً لطالب معين.

من أهداف التدخل الهامة للمعلم في الاتجاه البيوفسيولوجي :

- الإجابة على الأسئلة التالية توضح الأهداف :

1. ما مدى التحسن في صحة الفرد؟ .
2. ما الوقت الذي يحتاجه الطفل للتحسن؟ .
3. ما المحددات الصحية للفرد؟ .
4. ما أنواع المشكلات التي يتوقع أن تحصل خلال فترة العلاج؟ .
5. ما الأمراض التي يمكن أن تذكر للطبيب؟ .

إن مهمة المعلم في هذا الاتجاه محددة وتقتصر على :

1. تفهم حالة الطفل من الجانب البيوفسيولوجي.
2. تدعيم الدور الطبي والإجراءات الطبية للطفل في المدرسة ، والتشاور مع الطبيب.
3. مراقبة سلوك الطفل وملحوظته وإدراك مدى التحسن.
4. الاهتمام بحالات الإحالة.

5. تعديل بيئة الصف أو محتوى المنهاج حتى يناسب الطلبة.
6. التعاون مع الأسر بإرسال قوائم ملاحظة لهم. (Shea, 1978) وعلى الأسرة والمنسقة الاهتمام بما يلي إلى جانب اهتمامهم بالعلاج الفعال:
 1. تعريض الطفل عن السنوات الدراسية الضائعة.
 2. تدريب الطفل لتطوير عمل مقبول.
 3. تحسين قيمة الذات لدى الطفل لدعم الثقة وقبول الذات.
 4. منح الحب اللازم للطفل لضمان ثبوته بشكل طبيعي.ومن الإجراءات الوقائية والعلاجية ما يلي:
 1. الاهتمام بالمحافظة على نسب مقبولة من العناصر المعدنية في الجسم، فهناك دراسات تقول بأن نقص هذه العناصر تسبب في اضطرابات سلوكية وتعلمية.
 2. الاهتمام باستخدام كربونات الليثيوم.
 3. الاهتمام بنسب الكفائيين في الجسم، فسلوك الطفل من المحتمل أن يتأثر نتيجة لتناوله الكفائيين، ولكن لا يوجد هناك دلائل تشير إلى أن تحصيله الأكاديمي أو مهاراته الحسية تتأثر أم لا. ولكن هناك أعراض جانبية كثيرة للكفائيين مثل: اضطرابات المعدة.
 4. الاهتمام بنوع الغذاء والتغذية التي تشمل وجبات قليلة الحساسية أو قليلة السكريات أو المحتوية على مواد حافظة، فمن المحتمل أن تؤثر على الأفراد، بتطوير سلوكيات معينة.
 5. الاهتمام بالنمذجة.
 6. الجلسات الكهربائية التي تعتبر آخر وسيلة علاجية، فهذا التكنيك ليس طويلاً الأمد، مع العلم بأن تأثيره سريع. (Shea, 1978)

النظريّة التحليلية

لنظريّة التحليل النفسي جانبان، أحدهما تطوري لكونه يعني بالأصول التاريخيّة للنفس، وهي في الوقت نفسه نظرية ديناميكيّة، لأنّها تعني بالإضافة إلى ذلك بالظاهر الحالي للشخصيّة من حيث تنظيمها وعملها (Rhodes & Tracy, 1984).

تنظر مدرسة التحليل النفسي إلى عدم ملاءمة السلوك على أنه نتيجة للصراع بين مكونات الشخصيّة وهي :

الهو ID، وال أنا EGO، والأنا الأعلى SUPER EGO

الهو ID

فهي طبيعة الدوافع الأولى (والعدوانية الجنسيّة) التي هي في صورتها المكشوفة عبارة عن محاولة للإشباع العاجل لهذه الدوافع إذا ما أثيرت، وبخاصة الدافع الذي يهدف إلى البحث عن اللذة .

يظهر الهو في المراحل الأولى للتطور، ولكن سرعان ما يأخذ في التلاشي شيئاً فشيئاً نتيجة ما قد يطرأ عليه من تهذيب وتعديل .

إننا جميعاً قد نقع تحت طائلة الدوافع الأولى التي تحتاج منا إلى إشباع سريع، وهذا هو الجزء الذي يشار إليه بالهو في الهيكل العام لشخصيّاتنا.

ال أنا EGO

تعتبر الأنا بمثابة المحرك للسلوك من الوجهة الاجتماعيّة المقبولة لدى الآخرين .

تمثل الأنا حياتنا الاجتماعيّة المنظمة، وتتشبّه مع أمور الحياة بشكل منطقي وواقعي ما أمكن . وهي التي تدفعنا إلى التعامل مع الآخرين بطريقة مناسبة، وتجعلنا نتقبل الأدوار الاجتماعيّة المفروضة علينا، فإذا كانت الهو تعمل وفق مبدأ (البحث عن اللذة) الذي يعني الإشباع الفوري للحاجات الأولى، فإنّ الأنا تعمل وفق مبدأ الواقع الذي يعني تأجيل الإشباع الفوري لهذه الحاجات، واستبداله بطرق أخرى أكثر مناسبة (Patterson, 1986).

SUPER EGO الأنا الأعلى

الذي يتولد من حصيلة الخبرات التي تمر بها الأنا، وذلك نتيجة احتكاكها بالواقع الاجتماعي بما فيه من معاير وقيم وأنظمة إلى غير ذلك.

تقابل الأنا الأعلى ما نسميه الضمير، فتجعلنا نسلك وفقا للذات المثالية التي تنشأ لدينا في مرحلة الطفولة التي يساعدنا أصحاب الأمر في المجتمع من أبوين وغيرهم على رسمها (Rhodes & Tracy, 1984).

مراحل النمو:

يقول معظم أصحاب هذا الاتجاه بأننا لا نعي القوى والأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا (لا نعي دوافعنا الداخلية)، بالإضافة إلى ذلك فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية ، وهكذا فإن النمو الإنساني عادة نفهمه من خلال مراحل ، وقد اقترح فرويد خمس مراحل وخطوات تشكيل الشخصية من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي ، يمكن أن ينظر إليها كنمو جنسي - سيكولوجي ، حيث يمر النمو بالمراحل التالية:

- المرحلة الفمية (Oral).
- المرحلة الشرجية (Anal).
- المرحلة القضيبية (Phallic).
- المرحلة الكامنة (Latency).
- المرحلة الجنسية (Genital).

إن أحد الأمور أو المظاهر الرئيسية التي تقوم عليها نظرية التحليل النفسي في وصف تطور الشخصية هي ظاهرة التثبيت (Fixation) ، وتشير هذه الظاهرة إلى وجود قصور ملحوظ في أحد جوانب النمو إذا ما قيس ذلك بالجوانب الأخرى.

ويعود السبب في ذلك إلى أن الفرد عندما لا يقدر على مواجهة موقف جديد في حياته، فإنه يلجأ إلى معالجة ذلك بأساليب أقل تنظيماً مما هو متوقع منه.

ومن الأمثلة التوضيحية التي توردها نظرية التحليل النفسي لشرح ظاهرة التثبيت، الشخصية القسرية، والشخصية التسلطية.

الشخصية القسرية : (Compulsive)

هي التي تشير إلى المغالاة في أمور النظافة والترتيب، وفي الحالات المتطورة يصبح السلوك الخاص بهذه الشخصية طقوسياً.

يعتقد أصحاب نظرية التحليل النفسي أن السلوك القسري ينشأ عن التدريب الذي قوامه الإصرار الزائد على أمور النظافة عند الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، ولذلك أسموها بالشخصية الفمية استناداً إلى اسم المرحلة التي تعتبر أنها تكون خلالها.

ومن خلال وجهة النظر هذه، فإذا كانت المشكلات التي ترتبط بالمرحلة الفمية لم يتم حلها بشكل مقبول، حيث ستبقى آثارها تتعكس على السلوك في مرحلة الرشد وما بعدها. (Rhodes & Tracy, 1984) اعتبر فرويد بأن سلوك الإنسان محكم بغرائز فطرية لا شعورية في معظمها، وهذه القوى التي تحكم سلوك الإنسان تتمثل رغبات طفولية قوية لم يرض عنها المجتمع، فتعاقبها عقاباً شديداً إلى الدرجة التي أبعدت فيها عن حيز التفكير الشعوري للفرد إلى مناطق اللاوعي.

فالعمليات اللاشعورية إذن، عبارة عن الأفكار والرغبات والمخاوف التي لا يعيها الفرد، التي تعمل على الرغم من ذلك على التأثير في سلوكه. وقد أشار فرويد إلى مجموعتين من الغرائز هما:

1. غرائز الحياة: متمثلة في الجنس.

2. غرائز الموت: متمثلة في العدوان.

ويرى فرويد حياة الإنسان سلسلة متصلة من الصراعات بين غرائز الحياة والموت .
ويعتبر أن سلوك الإنسان يتأثر بالحياة السابقة في تركيزه على أهمية خبرات الطفولة في
تشكيل شخصية الإنسان .

كما يعتقد فرويد بأن سلوك الإنسان غرضي ، على الرغم من أن الغرض من هذا
السلوك قد لا يكون واضحا دوما ، وفي هذه الحالات يكون الغرض إرضاء لدافع لا
شعورى مكبوت (Patterson, 1986).

أسباب الأضطرابات من وجهة النظر التحليلية

حاولت نظريات التحليل النفسي التي وضع سigmوند فرويد أصولها ومبادئها ،
تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل
مبادئ التحليل النفسي ، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكتب في اللاشعور ، إلا
أن هذه الخبرات المكتوبة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك ، وتؤدي وبالتالي إلى
الانحرافات السلوكية . ويفسر أنصار مدرسة التحليل النفسي الأضطرابات السلوكية في هذا
الإطار .

ويحاول الاتجاه فهم سلوك الإنسان من خلال تحليل العمليات الداخلية التي يفترضها
أنصار النظرية التحليلية ، التي هي جزء من الديناميكية ، وتنادي بأن النشاطات العقلية
والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للاندفاعات اللاشعورية .

وتهتم النظرية التحليلية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك
بها . (زيغور ، 1984)

يختلف الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا من حيث الدرجة لا من حيث النوع ،
وينظر للأضطراب على أنه صفات عادبة مبالغ فيها .

فالاضطرابات البسيطة تسمى العصاب مثل القلق، والخوف المرضي، والهستيريا، والوسوس، والأفعال الفهارية، والاكتاب.

أما الاضطرابات الأشد التي تتضمن انفصال الفرد عن عالم الواقع، والعيش في عالم منفصل تسمى الذهان لا ضطراب داخلي، يمثل دليلاً على الفشل في حل صراع مهم. كما يؤكد ذلك أريكسون، أو أنه ثبّت على واحدة من المراحل النمائية كما يشير إلى ذلك فرويد. (Hallahan & Kauffman, 1991)

إن مثل هذه المشكلات يمكن أن تكون متساوية عن ألم، أو صدمة، أو حدث خلال المرحلة النمائية، أو تنتاب عن علاقة سيئة أو غير مناسبة مع الوالدين التي يمكن أن تكون قد تركت الفرد دون إشباع حاجاته، أو يمكن أن يكون الاضطراب ناتجاً عن عوامل تكوينية.

يظهر السلوك المضطرب نتيجة عدم التوازن بين نزاعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب فإن سلوك الطفل يصبح عدوانياً، ومشتاً، وغير متنبأ به. وعندما يكون الضبط صارماً جداً فإن الطفل سيكتف سلوكه باستمرار ولن يقوم بالسلوك، ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه. (Patterson, 1986)

من أتباع فرويد (أريك أريكسون)، ويونغ آدلر، وفرووم.

يونغ: ركز على المستقبل بالإضافة إلى الماضي في تحديد سلوك الإنسان، واعتبار حياته عملية خلق للنمو وليس تكراراً للتعايش مع الغرائز.

آدلر: ركز على الأبعاد الاجتماعية في الطبيعة الإنسانية، وقد أحدث فرع الاتجاه الإنساني الذي يقول بأن سلوك الإنسان مدفوع بدوافع إيجابية، وأن الاهتمام الرئيسي هو زيادة للدّوافع الإيجابية كالحب، والاهتمام، والتعاطف، والتقبّل، والمساعدة في تنويع إمكانات الفرد إلى أقصى ما يمكن.

إن أكثر مساهمة النظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من اهتمام العوامل البيولوجية المحددة، وزيادة الاعتقاد بقدرة الإنسان لتعلم السيطرة على دوافعه والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدافع الداخلية يمكن تسهيل عملية النماء والتفاعل الاجتماعي الإيجابي والتكيف مع البيئة.

تعتبر النظرية الدينامية أن القوة الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك ، وبشكل عام ، فإن دافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام من الباحثين سابقا ، وحديثا دافع الحب وتحقيق الذات والمشاركة ، واعتبرت قوة تحرك السلوك .

وقد اقترح أريكسون ثمانية مراحل للنمو النفسي الجنسي تعتمد على التغييرات أو الصراعات بين الفرد والآخرين ، وإن التقدم خلال تلك المراحل يعود إلى الفرد نفسه و بما يحمله من عوامل داخلية ومن وجود عوامل خارجية أيضا . وهكذا ، فإن كل فرد له تاريخ فريد ، وهذا التاريخ مهم في فهم سلوك الفرد الحاضر . (Rhodes & Tracy, 1984)

التشخيص

يقوم أصحاب الاتجاه الدينامي بعملية التشخيص وذلك للحصول على معلومات . وهذه المعلومات يجب أن تكون مفيدة في تصميم تدخل مناسب ، فالأخصائي يهتم بتاريخ الفرد مثل اهتمامه بحاضره . وعادة ما يشتراك في عملية التشخيص أكثر من مهني كأخصائي علم النفس ، والمعلم ، وأخصائي الأعصاب ، والباحث الاجتماعي .

تجمع المعلومات من مصادر متعددة حيث يقابل الطفل وكذلك والديه ، ويطلب من المعلم أن يشارك بلاحظات عن سلوك الطفل ، ويمكن أن يكون الفحص الطبي مطلوبا . وهناك معلومات أخرى يمكن الحصول عليها من سجلات المدرسة وأهمها السجل التراكمي .

ويمكن تطبيق الاختبارات النفسية واختبارات الذكاء والشخصية ، يتم تحليل جميع هذه المعلومات من أجل تقييم إدراك الطفل للموقف ، وإلى أي مدى يمكن أن يحسن سلوكه .

التشخيص النفسي الدينامي عادة ما يشير إلى عدم النمو المناسب أو الضبط غير المناسب للاندفاعات ، أو ضعف السلوك الاجتماعي .

– إن غياب السلوك المترافق لا يعني بالضرورة أن الطفل يعاني سلوكيا أو اجتماعيا .

إن ديناميات الداخلية يجب أن تكون معاناة مثل تقدير الذات، والدافعة للتعلم، والاستقلالية.

- غالباً ما يلعب المعلم دوراً هاماً في عملية التشخصيص عن طريق التزويد بالمعلومات الأساسية المتعلقة بلاحظة سلوك الطفل، فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية وبالعلاقات الاجتماعية.

- إن آخر خطوة في عملية التشخصيص هي تحديد أهداف التدخل، فبعد جمع المعلومات اللازمة لعملية التشخصيص، وتحديد الأسباب، والعمليات الدينامية للسلوك المسيطر، فإنه من الضروري تحديد ما الجانب الأكثر أهمية الذي يجب تغييره.

إن أهداف التدخل الدينامي داخلية، وبيئية، وسلوكية، وداخلية: عن طريق التغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين. وسلوكية: عن طريق التغيير في سلوك ما. وبيئية: عن طريق التغيير في المواقف أو الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل.

فمن الأهداف الداخلية:

1. تحسين فكرة الفرد عن نفسه.
2. مساعدة الطفل على الاستقلالية.
3. مساعدة الطفل على فهم نفسه وفهم الآخرين.

الأهداف السلوكية:

1. مساعدة الطفل على التعبير عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعياً.
2. مساعدة الطفل على ضبط اندفاعاته السلبية.
3. تشجيع الطفل على التعبير عن نزعاته الإيجابية وتطويرها، هو سلوك اجتماعي مقبول.

أما الأهداف البيئية:

1. تزويد الطفل بعوامل اجتماعية ضرورية لنموه.
2. تزويد الطفل بيئته مناسبة للتعلم حل مشكلاته، ولتطوير سلوكيات إيجابية.
واعتماداً على وجهة النظر الدينامية فإن الأهداف الداخلية والسلوكية والبيئية
أهداف متداخلة لا يمكن الفصل بينها فصلاً كاملاً، ولكن سميت بهذا الشكل
اعتماداً على مصدر التركيز. (Rhodes & Tracy, 1984)

العلاج

استراتيجية التحليل النفسي وдинاميات النفس البشرية .

يعطي المؤيدون لاستراتيجيات ديناميات السلوك، التي تعرف أحياناً باسم النموذج الطبي Medical Model أهمية خاصة للإطار العلاجي الطبي، ويرون ضرورة تدخل الجانب الطبي في عمليات تشخيص الحالات وعلاجها واتخاذ القرارات بشأنها، يؤكّد هؤلاء أيضاً على دور الجانب الطبي في تقييم الحالات وتحديد مدى التقدم الذي يطرأ على الحالة .

في ظل هذه الاستراتيجية يصبح دور الأخصائي التربوي دوراً ثانوياً. كما أن العملية العلاجية في ضوء هذه النظرية تتضمن محاولة إزالة الأسباب بدلاً من محاولة التخلص من الأعراض . ويعتقد المؤيدون لهذه النظرية أنه عند العمل على إزالة العرض وإياده بأحد الأعراض الأخرى قد تزداد الحالة سوءاً، ويُعرض الطفل لنوع من الاضطراب قد يكون أكثر حدة مما كان عليه من قبل .

يعتمد الأسلوب العلاجي في ظل هذه الاستراتيجية على العلاج النفسي، والنظر إلى المتغيرات التعليمية والتربوية على أنها تأتي من الدرجة الثانية ، وفي مثل هذه الحالة تصبح عملية تقبل الطفل وتكوين علاقه وثيقة بين الطفل والمعالج من الأمور المهمة. (عبدالرحيم، 1982)

تقنيات التدخل العلاجي السيكودرامي

تساعد تكتيكات التدخل الطفل على تطوير ضبط مناسب لترزعاته، والتعبير عن نزعاته الإيجابية.

الفن التعبيري Expressive Arts

ويشير إلى النشاطات التي تشجع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم في نشاطات إبداعية خلاقة. كما يزود الفن التعبيري تنوع التعلم المعرفي والحركي.

وعلى المعالج أن يطور علاقة دافئة صادقة مع الطفل، وأن يتقبل الطفل كما هو بالضبط، وأن ينطلق من منطلق أن للطفل قدرة على حل مشاكله بنفسه إذا أعطي الفرصة.

العلاج باللعب واللعب الحر Play therapy and free play

العلاج باللعب كما وصفه أكسلين (Axline, 1975) من الصعب أن يكون في صفو خاصية للمضطربين سلوكياً وذلك بسبب: الدور التقليدي للمعلم، ونقص تدريب المعلمين بالعلاج النفسي وخصوصاً العلاج باللعب، والقيود فيما يتعلق بوضع الصدف.

يمكن أن يكون اللعب الحر إما بشكل فردي أو على شكل جماعات. وفي اللعب الحر فإن الطفل يكون مدعواً لأن يلعب في أية لعبة يختارها في منطقة اللعب، ويشجع على اختيار الألعاب التي يفضلها.

الحدود خلال العلاج باللعب Limits during play therapy

- السلامة الجسمية للطفل والمعالج في غرفة اللعب.
- تقوية ضبط الأنماط.
- بعض القيود التي وضعت لأسباب قانونية أخلاقية وللقبول الاجتماعي.

4. اعتبارات الميزانية.
5. منع تخريب المعدات.
6. الوقت اللازم للعب.

دور المعلم بمثابة ملاحظ غير مشارك ومسجل للنشاطات.

الدمى Puppets

تعتبر الألعاب هي الوسيلة التي تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة، ليعبروا بشكل حر عن مشاعرهم وانفعالاتهم للأهل والمعلمين والأصدقاء.

كما تصلح الدمى للأطفال الذين لا يتصلون مع الآخرين بشكل مباشر، فهم يفعلون ذلك من خلال الدمى، لأن الطفل يشعر بالأمان في عالم الدمى، هذا ويستمتع الأطفال باللعب بالدمى، وكذلك في إنتاج الدمى وعمل عروض للدمى للمعلمين، والمرشدين، والأصدقاء.

لعب الدور والدراما التفصية

يرتبط لعب الدور بالأحداث الواقعية، ويعاد تشكيل الحدث بتغيير الأدوار، وبذلك يكشف عن المشاعر التي كانت مخفية.

لعب الدور وتقنيات السينكودrama

تسمح الحركات الإبداعية والرقص Creative Movements and Dance للطفل المصطرب التعبير عن مشاعره وانفعالاته بطرق مقبولة، مثل تقليد الطبيعة أو الحيوانات أو بالتعبير عن مشاعر الآخرين أو المشاعر الشخصية. ويمكن أن يعبر الفرد من خلال الحركات الإبداعية عن ماضيه، وحاضره، وحتى انفعالات ومشاعر مستقبله، هذه الحركات تشجعه أن يخرج مشاعره ويندأ في التعامل معها.

ويمكن أن تكون الحركات الإبداعية بدون موسيقى عن طريق التصفيق، ضبط الرجلين ، الأصوات في البيئة.

الموسيقى Music

يعبر الأطفال والراشدون من خلال الموسيقى عن مشاعرهم وانفعالاتهم بطرق مقبولة.

- يستمتع الأطفال بالاستماع للتسجيلات خلال فترات الراحة، وفترات النشاطات الهداد، كما أن الموسيقى فعالة في زيادة الحماس بعد النشاطات المهمة، ومعظم الأطفال يستمتعون بالغناء.

الكلمة المكتوبة The written word

يستطيع الأطفال، والراشدون التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم عن طريق الكتابة، لأن الكتابة تظهر الصراعات والإحباطات، ومن النماذج المكتوبة الشعر، والقصص، والمقالات، والمذكرات.

الكلمة المنطقية The spoken word

يتعامل الأطفال في المخيمات مع مشاعرهم وانفعالاتهم باتصالات لفظية، وهذه الاتصالات تأخذ شكل مجموعات تروي القصة Story telling من خلال محادثات ومناقشات مع المرشدين.

الفن ذو البعدين Two dimensional Arts

تعتبر الرسومات مصدرا للتعبير عن النفس لدى كل الأطفال، وخصوصا المضطربين سلوكيا وانفعاليا، لذلك لا بد أن يحصل هؤلاء على الفرص المختلفة لكي يعبروا عن مشاعرهم وانفعالاتهم من خلال الفن ذو البعدين.

ويتضمن رسم أصابعهم والرسم بالقلم، والرسومات المائية، والرسومات الزيتية.

الفن ذو الأبعاد الثلاثة Three dimensionsal Arts

يمكن أن يعبر الطفل عن مشاعره وانفعالاته من خلال الجبس، والصلصال، والرمل، والخشب.

ويعتمد نجاح الفن ذي الأبعاد الثلاثة بشكل كبير على توفر المواد . وهناك تكتيكات علاجية أخرى مثل المخدمات والألعاب الرياضية المختلفة (Shea, 1978) .

المبادئ الأساسية التي تقوم عليها استراتيجية ديناميات السلوك :

- 1 . تقوم هذه الاستراتيجية على نظرية التحليل النفسي لفرويد .
- 2 . يحدث الاختهار نتيجة الصراعات النفسية الداخلية .
- 3 . يهدف العمل العلاجي إلى إزالة السبب في انحراف السلوك .
- 4 . تنتج المشكلات عن أحداث وقعت في فترة الطفولة المبكرة .
- 5 . أساسيات العمل العلاجي هي : استبصار المريض وال العلاقة الإيجابية مع المعالج .

يتضمن هذا المدخل بعض جوانب القصور ومن بينها :

- أ . يحتاج العلاج لفترة طويلة من الوقت .
- ب . العملية العلاجية باهظة التكاليف .
- ج . يوجد نقص واضح في الأخصائيين المدربين على العمل بهذه الاستراتيجية . (عبد الرحيم، 1982)

الفصل الثالث

صفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعاليًا

- المقدمة
- الصفات الانفعالية والاجتماعية
- خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعاليًا على مختلف فئاتهم
- خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعاليًا بدرجة شديدة واعتمادية
- الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم.
- إجراءات الكشف والتعرف: تقييمات المعلمين، تقييمات الوالدين، تقييمات الأقران، تقييم الذات، التقييمات المتعددة.
- التعرف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية.
- الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية: الملاحظة المباشرة للسلوك، الاختبارات والتقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية.

صفات الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

مقدمة

هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليًا التكرار والشدة والطبغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك.

الصفات الانفعالية والاجتماعية

من أكثر الصفات شيوعا من الناحية الاجتماعية والانفعالية: العدوانية والانسحاب.

السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهورا لديهم مثل الضرب والقتال والصرارخ، ورفض الأوامر، والتخييب المتمدد. هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، فهم ي يكونون يصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكيا والمعورون انفعاليًا، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكيا وانفعاليًا. هذه الفتة من الأطفال تربك الكبار، وهم لا شعبية لهم بين أقرانهم، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وإيجابية للكبار الذين يحيطون بهم بالرعاية والاهتمام. يعتبر بعض هؤلاء الأطفال من لهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ، وبعوضهم يطلق عليهم سيكوباثين (Sociopathic) لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ. وسلوكهم هذا مزعج جدا، ولا نستطيع مقاومته بطرق مقاومة السلوك المزعج العادلة، وهم غالبا ما يؤذبون ويعاقبون، ولكن لا يكون لذلك أية

يظهر الأطفال السلوك الانسحابي مرة كل فترة، فالأطفال الذين يتصفون بالانسحاب في طرقهم لمقاومة الاتصال مع الناس الآخرين، وهم متزملون اجتماعيا لأن لديهم عددا قليلا من الأصدقاء، ونادرا ما يلعب هؤلاء مع أطفال من نفس عمرهم، ولديهم عجز في المهارات الاجتماعية الضرورية الممتعة، ويلجأ البعض منهم إلى أحلام اليقظة، والبعض يطور مخاوف غير منسجمة مع الظروف الموجودة، وبعضهم يشكوكثيرا من آلام بسيطة، ويكون مرضهم سبباً ينبعهم من المشاركة في النشاطات الاعتيادية، وبعضهم يتراجع إلى أعمار أصغر بحيث يتطلب ذلك مساعدة وانتباه مستمر، وبعضهم يصبح مكتباً دون سبب واضح.

وكما في حالة السلوك العدوانى ، فهناك عدة تفسيرات للسلوك الانسحابي ، فالمؤيدون للاتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك الانسحابي صراعات داخلية ودافع خفية غير مدركة ، أما علماء النفس السلوكيون فيرجعون هذا السلوك إلى الفشل في التعلم الاجتماعي ، ووجهة نظر التعلم الاجتماعي قد دعمت من قبل كثير من الأبحاث التطبيقية . وهم يرجعون الانسحاب وعدم التضييج الاجتماعي إلى البيئة غير الملائمة ، وتتضمن العوامل السلبية التنشئة الاجتماعية المقيدة جدا ، والعقاب لاستجابات اجتماعية ملائمة ، وتعزيز السلوك الانسحابي ، وقد انفرصت فرصة تعلم ومارسة المهارات الاجتماعية ، ونماذج لسلوكيات غير مناسبة .

وهناك إمكانية لتعليم الأطفال الانسحابيين وغير الناضجين اجتماعياً المهارات التي يعجزون عن القيام بها ، وذلك من خلال توفير الفرصة المناسبة لهم لتعلم استجابات مناسبة ومارستها ، وأن تدعهم يشاهدون نماذج لسلوكيات اجتماعية مناسبة وتعزيز السلوكيات التي تحسن . (Hallahan & Kauffman, 1991)

خصائص عامة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا على مختلف فئاتهم

1. الفهم والاستيعاب Comprehension

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة ، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة ، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى

القصة ، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية ، ولا يستطيعون فهم معنى النتائج ، وغير قادرين على إعادة نص معين وتفسير الفحص والمسائل والاتجاهات ، ومع ذلك يستطيعون إعادة المادة وتكرار ما سبق .

2. الذاكرة Memory

الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المعلمة سابقا ، بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة ، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم ، وكذلك قوانين السلوك .

3. القلق Anxiety

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحى بالخوف والتوتر والاضطراب ، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد ، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون ومحجولون وانسحابيون ولا يشتكون بسلوكيات هادفة في بيئتهم ، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على حد سواء ، أو عند لقاء أصدقاء جدد ، أو وداع أصدقاء قدماه ، أو عند البداء بنشاطات جديدة ، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة .

4. السلوك الهدف إلى جذب الانتباه Attention seeking behavior

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي ، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين ، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصلده . وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأغاثات من السلوكات لجذب الانتباه تتضمن الصرخ ، أو المرح الصاخب ، أو التهريج ، أو الأخذ بأخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي ، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين .

مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة ، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه . (Shea, 1978)

5. السلوك الفوضوي Disruptive behavior

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكيات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكيات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

6. العدوان الجسدي Physical Aggression

عبارة عن القيام بسلوكيات جسدية عدائية ضد الذات والآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف، والعدوان الجسدي ضد النفس، ويوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب والعض والخدش، والإلقاء بالنفس على أسطح قاسية مثل الجدران والأرض وهكذا... والهدف من مثل هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات.

7. العدوان اللفظي Verbal Aggression

العدوان اللفظي هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء، أو خلق المخاوف، والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحطيم الذات مثل قول (أنا غبي)، (أنا أحمق)، (أنا سيء)، (خلقني الله عديم الفائدة)، والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي بالذات.

8. عدم الاستقرار Instability

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغيير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواناني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة، ومن كونه متعاونا إلى غير متعاون، وهكذا.

هذا التقلب في المزاج غير متينا به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر، ويوصف هؤلاء دائما بأنهم سريعا التهيج وسلوكيهم غير قابل لأن يتتبأ به.

9. التنافس الشديد Over competitiveness

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة، أي أن يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة. وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين. وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا. وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة. أما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيراً كبيراً على مفهوم الذات لدى الطفل، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية. وهذه بعض مظاهر المنافسة الشديدة التي تؤثر على الطفل في المدرسة:

1. رد فعل عدائي أو غير مناسب عندما لا يكون الأول في نشاط معين.
2. رد فعل عدائي للفشل في نشاط معين.
3. الشعور بالإحباط عند التعرض لنشاط غير مألف.
4. الاهتمام الزائد بالقوانين والتعليمات.
5. الإصرار على التغييرات في القوانين والأنشطة للمصلحة الشخصية.
6. إظهار عدم الاهتمام.
7. عدم الرغبة بالانخراط بنشاطات جديدة. (Shea, 1978)

10. عدم الانتباه Inattentiveness

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدد، هذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بال مهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، ويظهر أنه مشغول بالبال، أو يقوم بأحلام البقظة.

11. الاندفاع Impulsivity

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة،

و غالباً ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة ، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون .

12. التكرار Reseervation

هو التزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط ، بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر ، هذه الشابرة قد تكون لفظية أو جسدية ، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك ، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة ، أو أن يستمر في الكتابة على ورقة ليصل إلى أقصى نهايتها ، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين ، وهكذا . . .

13. مفهوم ذات سيء أو متدن Poor self- concept

هو إدراك الشخص للذاته كفرد ، أو ابن ، أو ابنة ، أو طالب ، أو صديق ، أو متعلم ، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية الذات ، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم غير مناسبين ، أو فاشلين ، أو غير متقبلين . ويتمثل مفهوم الذات السيء بعبارات تعكس هذا المفهوم من مثل : " لا أستطيع فعل ذلك " ، " هو أفضل مني " ، " لن أفوز أبداً " ، " أنا لست جيداً " . ومثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم حساسية مفرطة ضد النقد ، ولا يكون لديهم الرغبة في الانخراط في كثير من النشاطات .

14. السلبية Negativism

هي المقاومة المنطرفة والمستمرة للاقتراحات ، والنصائح ، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين ، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء) ، و (الموقفة على نشاطات قليلة) ، و (الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات) ، و (دائمًا يقولون لا) ، وإذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو في تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع ، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة .

15. النشاط الزائد Hyperactivity

هو النشاط الجسدي المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير متباً به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديداً، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

16. قلة النشاط Hypoactivity

يتصف الفرد بأنه بطيء ويليد، ولديه نشاط حركي غير مكافئ عند الاستجابة للمثيرات، وأنه أحمق عنديم الاهتمام، ويرتبط هذا السلوك بمستوى طاقة الفرد أو قابليته للاستجابة بطريقة ملائمة لمتطلبات بيته، وقلة النشاط قد تكون عرضاً من أعراض القلق أو الخوف، الذي يؤثر على نشاط الفرد.

17. الانسحاب Withdrawal

هو سلوك انتفالي يتضمن الترک أو الهرب من مواقف الحياة بحيث إنها من وجهة نظر إدراك الفرد، يمكن أن تسبب له صراعاً نفسياً أو عدم راحة، ويوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل، خمول، خجل، خائف، مكتتب، قلق، لديه أحلام يقطة.

18. السلوك الذي يتأثر بالأخرين Passive - suggestible behavior

عبارة عن سلوك يقوم به الفرد بناء على طلب الآخرين أو لإرضائهم دون التفكير بعواقب ذلك السلوك، فالطفل أو الشخص الذي يتأثر بالأخرين يوصف دائماً بأنه غير قادر على تحمل المسؤولية، أو سهل القيادة أو تابع. ولا يشعر الأطفال الذين يتأثرون بالأخرين بالأمان في بيئتهم ويختارون عادة قائداً ليوجههم، ويفعلون أي شيء لإرضاء قائدهم المختار، وعادة ما يكون استخدامهم لهذا القائد كعذر لسلوكه ونشاطه الشخصي.

يمكن أن يكون سلوك هؤلاء الأطفال سلبياً أو إيجابياً، منتجاً أو غير منتج، وهؤلاء الأفراد غير مساهمين في عملية حل المشاكل، أو اتخاذ القرارات و اختيار النشاطات.

19. عدم النضج الاجتماعي Social Immaturity

ويقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سلوكاً غير مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر عمراً، ويظهر هذا السلوك عادةً عندما يكون الطفل في وضع غير مألوف أو مضبوط، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعياً في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بحدودية ميكنزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري، مما يتطلب منه استخدام استجابات أقل نضوجاً، مما يدعى الآخرين بصفونه بأنه طفل غير ناضج. ومن صفات هؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سناً أو الأكبر منهم سناً كأصدقاء، ويختارون اللعب والدمى، والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية وغير مضبوطة، يظهرون سلوكيات تناسب مرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

20. العلاقات الشخصية غير فعالة Inefficient Interpersonal Relations

العلاقات بين الأشخاص تعنى بكمية ونوعية و المناسبة نشاطات الأطفال وردود أفعالهم تجاه أصدقائهم والأكبر منهم سناً في بيئتهم، وردود أفعال الأصدقاء والأكبر منهم سناً تجاههم، والتتأكد هنا على تعامل الطفل مع الآخرين، بحيث يمكن أن يكون هذا التعامل مناسباً أو غير مناسب، سلبياً أو إيجابياً، متجاوباً أو غير متوج، مقبولاً أو غير مقبول، وهكذا. فيصفون بأنهم :

1. لا يعرفون السلوك المطلوب.
2. غير قادرين على أداء السلوك المتعارف عليه مع الهمة.
3. غير قادرين على استيعاب سلوكيات الآخرين، وغالباً ما يستجيبون بشكل غير مناسب.
4. ليست لديهم خبرات اجتماعية خاصة في مواقف محددة.
5. يستجيبون بشكل مرضٍ بسبب الخوف والاضطراب وعدم الشعور بالأمان (Shea, 1978)

21. الانحراف الجنسي:

عبارة عن سلوكيات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعياً، حيث إن هذا السلوك يخلق مشاكل كثيرة ومتعددة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكيات.

أولاً: من المعروف أن السلوك الجنسي يختلف حسب التقاليد المتبعه في المجتمع الواحد، وغالباً ما يعتمد تقييم مثل هذه السلوكيات على ثقافة هذا الشخص الممارس لهذا السلوك ومجتمعه، وعلى ثقافة الشخص الذي يلاحظ هذا السلوك ومجتمعه.

ثانياً: بسبب وجود عدد كبير من المعلومات حول مظاهر السلوك الجنسي، فهناك صعوبة في تحديد معايير مقبولة للسلوك الجنسي في المجتمع في حالة وجود معيار عالمي. هناك مجموعة من الأطفال والكبار يتحولون إلى صفات خاصة يظهرون واحداً أو أكثر من أنماط السلوك الجنسية التالية:

1. انحرافات جنسية غالباً ما تظهر على شكل إشارات ذاتية، أو تدليل للأطفال أو للحيوانات.

2. إظهار سلوك غير مناسب لجنس الفرد، أي أنه يتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه من نفس الجنس.

3. ألفاظ أو إيماءات ذات دلالة جنسية.

ومعظم الحالات تكون بسبب الحساسية الزائدة لدى الآباء والمعلمين، والسلوكيات الجنسية غير الملائمة غالباً ما تلاحظ من قبل الأطفال الذين يقصصهم ثورج جيد لهذا السلوك في البيت، والخطوات التي يجب أخذها من قبل المدرسة لتزويد هؤلاء الأطفال بنماذج جنسية مناسبة مقبولة.

الاستخدام المتكرر من قبل الأطفال وخاصة الكبار منهم للسلوكيات الجنسية هي: محاولة لجذب الانتباه من الآخرين منهم يتعلمون أن مثل هذه السلوكيات سوف يجعلهم موضوع اهتمام من قبل الكبار والأقران في البيئة. ومعظم الأطفال يجهلون ما تعنيه هذه الألفاظ والحركات التي يستخدمونها لجذب الانتباه فقط، فهم يعرفون أنها تحمل الانتباه.

22. الشكوى من علل نفس جسدية Psychosomatic Complaints

إن مصطلح نفس جسدي يشير إلى تداخل الجهاز النفسي والجهاز الجسدي واعتماد كل منهما على الآخر، والصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمي، إما حقيقي أو وهمي، وهذا كثيراً ما يحدث. ومعظم الناس تتعرض له، فمثلاً عندما يكون الإنسان في وضع مضغوط فكثيراً ما يتظاهر بالصداع أو الغثيان والألام في المعدة. ولهذا السبب فمن المتعارف عليه أن يتلقى الطفل فحصاً جسدياً كاملاً من قبل أطباء قبل إخضاعه لبرنامجه تربية خاصة.

العلل النفس جسدية تظهر من قبل الأطفال والكبار كعذر حتى لا يشتراكوا في نشاطات بقولهم: "لا أشعر بتحسن" أو "إنهم مصابون" ، "إنهم متعبون" وهكذا... ويتظرون حركات من العرج أو الترخ، ويتحكمون بحركة أجسامهم، يحول هؤلاء الأفراد إلى برامج علاجية خاصة، بعد أن يثبت عدم وجود علل جسدية حقيقة، ويتضمن هذا العلاج ما يلي:

1. تزويدهم بنشاطات ممتعة ومسلية، وفيها تحدّ جسدي.
2. استخدام نظام تأديبي ثابت غير عقابي.
3. تجاهل شكاوهم.
4. تعزيز الممارسات الإيجابية لديهم.

23. التمرد المستمر Chronic disobedience

عبارة عن نشاط مناوش للقوانين والاجهاضات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائمًا يشتراك في نشاطات مناوشة لقوانين والديه ومعلميه والاجهاضات.

وكتير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً، هم متمردون بشكل مستمر، فهم يتحدون بعدوانية سلطة المعلم، بحيث لا يطيعون حتى أبسط القوانين. العلاج الفعال هنا بأن يقوموا هم والمعلم بمناقشة القوانين التي تحكم

سلوكهم ووضعها، بحيث تهتم هذه القوانين بصحتهم وسلامتهم وراحتهم بالمدرسة. وتناقش هذه القوانين قبل نشوء الصراعات، وهذه المناقشات تهتم بوضع الأساس النطقي للقوانين الموضوعة وتوضيحيها.

يجب عدم إجبار الطفل التمرد دون إرادته على إطاعة القوانين بالقوة ما أمكن، فهذه الطريقة ليست فقط غير مشرمة، ولكنها تعزز التمرد، وكحل بديل يمكن إعطاء الطفل عدداً من السلوكيات، بحيث يقوم هو بالاختيار، وبهذه الطريقة تتجنب الإجبار ويتعلم الطفل أن يستجيب إيجابياً لقوانين السلطة، ويجب على الموجهين تجنب استخدام عبارة "سوف تفعل"، ولكن يجب أن يكونوا مستعدين دائماً للتأكد على التهديد الصارم (مثل الحرمان من الامتيازات، والعزل). لبعض القوانين التي يجب أن يطبقها هؤلاء الأطفال داخل غرفة الصف لمصلحة جميع من في الصف.

24. مشاكل الدافعية Motivational problems

تتضمن الدافعية أن يكون لدى الفرد سبب إيجابي لمارسة نشاط معين، وبشكل عام فالكبار لديهم دافعية ذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنه ليس لديهم دافعية. عدد قليل من الأطفال لا يحثون لمارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد حماسه للمدرسة، والسبب وراء عدم ظهور الدافعية لديهم يمكن أن يكون في عدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات لديهم نتيجة تكرار الفشل، وقبل التدخل العلاجي يجب على فريق العمل تقييم مدى ملائمة النشاط للطفل، ويتضمن معيار التقييم العمر، والجنس، والإعاقة، والخبرات الماضية. (Shea, 1978)

خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً والمعوقين انفعالياً بدرجة شديدة وامتنادية

يختلف سلوك هؤلاء الأطفال بشكل كبير عن سلوك الأطفال العاديين، وهذه بعض الصفات التي تميز هؤلاء عن المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة، مع الأخذ بعين الاعتبار أنه ليس بالضرورة أن يظهر الفرد منهم جميع هذه الصفات:

١. العجز في مهارات الحياة اليومية :

يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم غير قادرٍ على ارتداء ملابسهم أو إطعام أنفسهم أو الذهاب إلى التواليت بمفردهم من عمر (5-10) سنوات. وهم غير قادرين على الاتصال مع الآخرين والعنابة باحتياجاتهم اليومية، ومنهم يظهرون صورة من الاعتمادية الطفولية.

2. انحراف الإدراك الحسي :

من الشائع أن يعتقد البعض بأن كثيراً من الأطفال المضطربين انفعالياً بشكل شديد أنهم مكفوفون أو صمّ، ويبدو هذا لأنّه يظهر نسيان كثير لما يدور حوله، وهو كثير التجاهل للناس، ولا يتفاعل بالمحادثات مع الأشخاص الآخرين ولا يتأثر بالصوت العالي أو بالأضواء الساطعة، وباختصار فهو لا يستجيب إلى المؤثرات البصرية والسمعية كما يتأثر بها الطفل العادي الذي يسمع ويرى. إلا أنه في الوقت نفسه قد يستجيب إلى بعض المؤثرات البصرية والسمعية قبل الأصوات والأضواء غير الهامة أو غير المتعة لمعظم الأطفال، فهم لا يهتمون انتهاها ولا يهتمون بما يسمعونه أو يرونّه.

3. عجز الادراك :

يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد لاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم يحصلون على درجات منخفضة جداً وكأنهم مختلفون عقلياً بدرجة شديدة. في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الطفل عندما يستمر في محادثة ما، ولكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعاً واحداً محدداً فقط يستطيع أن يتحدث فيه، أو أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عقيم الفائدة، وبعض الأطفال المعوقين انفعالياً وسلوكياً يبدون ذكاءً وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير، ولكن ذكاءهم هذا يكون زائفًا، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء وإظهاره في المهمات والمهارات كل يوم. (Hallahan & Kauffman, 1982)

4. غير مرتبطة بالآخرين:

أكثر ما يقلن بالنسبة لسلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل شديد، أنهم يستجيبون للآخرين (بما فيهم الوالدين والأقارب) كشيء مادي، فالطفل يتتجنب الوالدين والآخرين عندما يحاولون إظهار الحب والعطف والاهتمام به، فهو لا يتحكم بمنزاجه وحالته النفسية عندما يقوم الوالدان أو الآخرون بمحاولة حمله، ولا يتطور هؤلاء مشاعر مناسبة إذا ما قام أحد بحملهم، فلا يوجد هناك عاطفة أو دفء متبادل أو رضا بين الطفل ومن هم أكبر منه سناً.

5. انحراف اللغة والكلام:

معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة لا يتكلمون أبداً أو يظهرون عدم فهم اللغة، ويظهر بعضهم احتباس الكلام، أو يرددون كل ما يسمعون دون إضافة أي شيء. والاستخدام الخاطئ للضمائر مثل (هو، أنت، أنا، هي) والحديث في مواضيع غير مفهومة، وبعض الأطفال لديهم نوعية صوت غريبة جداً، فممكن أن يكون لديهم طبقة صوتية عالية أو منخفضة، وبعضهم يكرر الأسئلة أو التعليمات باستمرار.

6. الإثارة الذاتية:

السلوك النمطي أو المتكرر الذي يفيد فقط في إثارة الحواس هو شائع لدى الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً بدرجة شديدة، وإثارة الذات ممكن أن تأخذ أشكالاً عددة مثل الحركة المستمرة، أو الدوران حول هدف معين، أو الضرب باليدين على الأشياء، أو التحديق بالأضواء وهكذا... وهذا موجود بشكل كبير ومتكرر لدى الأطفال المضطربين انفعالياً بشكل شديد، بحيث يكون من الصعب دمجهم في نشاطات أخرى.

7. سلوك إيهام الذات:

يؤدي بعض الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً أنفسهم بدرجة شديدة عن قصد وبشكل متكرر، ولذلك يجب إيقاؤهم مقيدين حتى لا يقوموا بتشويه أنفسهم أو قتلهم،

ويبدون أنهم فاقدو الحس بحيث لا يشعرون بألم إيذاء الذات . وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة تتضمن العض ، وخدش الجلد ، والطعن ، والضرب ، والارتطام بأشياء صلبة ، وكشط أجزاء مختلفة من أجسامهم .

8. العداون ضد الآخرين :

ليس من الغريب أن يقوم الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة بتفسير انفعالاتهم وغضبهم بشكل ضرب وإيذاء وعدوان ضد الآخرين .

9. التكهن بمستقبل حالتهم ضعيف:

فهم في مستوى المعاين عقلياً، ويطلب وضعهم إشرافاً ورعاية دائمين حتى بعد سنوات . (Hallahan & Kauffman, 1982)

الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم والمتنيكارات المستخدمة في ذلك

مقدمة

يتواجد الطلبة المضطربون سلوكياً وانفعالياً في كل برنامج تربوي ، ويبدو تأثيرهم على كل من يتصل بهم . فالأطفال ذوي السلوكات الجيدة سيكتسبون بعض التصرفات غير المرغوبة من قبل أقرانهم المضطربين سلوكياً وانفعالياً، لذا اعنىت التربية الخاصة بمصادرها المختلفة بهذه الفتنة من الأفراد لأنها تمثل الإزعاج عند تواجدها داخل البرنامج التعليمي بحيث يصعب على المعلم ضبطهم ، والتعامل معهم ، والطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً سواء أكانت المشكلة التي يعاني منها تمثل بالعدوانية الزائدة أم الانسحاب ، لا بد أن يؤثر بكل ما يحيط به .

الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم

Screening, Identification, Diagnosis and Evaluation

1. إن الكشف والتعرف والتشخيص عبارة عن مراحل متصلة في عملية تسمية الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وتقييمهم.

الكشف: عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، بحيث لا تتصف بوصم الطفل بالإعاقة، يقوم بها الوالدان والمعلمون والفريق المختص، ويتم استخدام أكبر عدد ممكن من الاختبارات للأطفال الذين يعتقد بأنهم يعانون من اضطراب.

التعرف: تتضمن هذه المرحلة التأكد من أن المشاكل التي يعاني منها الطفل هي ظاهرة ملحوظة، بحيث تطلق عليهم التسمية بالاضطراب السلوكي والانفعالي.

التشخيص: مرحلة جمع المعلومات عن الفرد وظروف حياته، بحيث نستطيع وصف التدخل المناسب.

2. إن عملية تقييم الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية واجتماعية هي عملية معقدة، بحيث لا يمكن القيام بها من قبل شخص واحد؛ لأن الوالدين والمعلمون والإكلينيكيين، والأطفال، لديهم إدراكات مختلفة بما يتعلق بتلك المشاكل. إن المعلومات التقييمية يجب أن تجمع على أساس من خلال الملاحظة لسلوكيات الطفل بالمواصف المختلفة.

3. الإجراءات التشخيصية ونظام التصنيف لكل من الأكاديميين والإكلينيكيين تختلف فيما بينها، فنجد أن الإكلينيكيين عادة ما يركزون على قضايا الصراعات النفسية: علاقة الفرد بالآخرين، دافعيته ورغبته في التغيير. أما الأكاديميين فيميلون للتركيز على كيفية انحراف الطفل عن السلوك الأكاديمي الانفعالي السوي، وما الذي يجب أن نفعله لتقليل مقدار هذا الانحراف؟.

• إن الكشف، والتعرف، والتشخيص عبارة عن إجراءات تستخدم من قبل المهنيين للانتقال من موضع التساؤل: هل عند الطفل مشاكل سلوكية؟ إلى موضع أكثر

تعريفاً وهو وصف التدخل المناسب . وإن هذه الإجراءات : (الكشف والتعرف والتشخيص) تصبح أكثر تعقيداً بسبب أن التعاريف التي تتناول موضوع الاضطراب السلوكي والانفعالي مختلفة ، وأن المهنيين الذين يتعاملون مع هذه الفئة مختلفون في أساليبهم وإجراءاتهم وفلسفتهم ، والنظام الذي يخدم هذه الفئة يؤكد وجود أنواع مختلفة من الخدمات . (Paul & Epachin, 1992)

● من خلال استخدام إجراءات الكشف والتعرف والتشخيص نحاول الإجابة عن الأسئلة التالية :

1. كيف يمكن التعرف على الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً؟ .
2. هل هذه المشاكل شديدة بدرجة كافية بحيث تحتاج إلى تدخل؟ .
3. ما هي طبيعة التدخل المطلوب؟ .

إجراءات الكشف والتعرف Screening Techniques

يتضمن المسح مجموعة كبيرة من الأطفال من أجل تحديد عدد الأطفال الذين بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة . وفي حالة الأطفال في سن المدرسة فإن المعلم هو المعنى بعملية الكشف .

إن مصطلح الكشف يشير إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأطفال ، بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم .

خلال العقودين السابقتين أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته تركيزاً يتصف بالفعالية ، وهذا الاهتمام جاء من مصادرين :

الأول: الاعتقاد الذي ترسخ من الأبحاث في أن الكشف والتدخل المبكر يساعد في قلة انتشار اضطرابات السلوك .

الثاني: من الضغوط نتيجة وجود قوانين ملزمة وظهور المجموعات الضاغطةتمثلة في الآباء والمهتمين . (Paul & Epanchin, 1992)

إن برامج ما قبل المدرسة وبرامج المدرسة، تعتبر من أنواع طرق الكشف المعروفة، حيث يدخل جميع الأطفال الذين سيلتحقون بالمدارس العادية في هذا البرنامج، ويتم التعرف عليهم من خلال النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والسلوكية والانفعالية .

وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية، يجب أن يتعاون الآباء والمعلمين في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت، هنا ويعتبر الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك، ومن أهم تلك الطرق ما يلي :

١. تقييمات المعلمين Teachers Ratings

يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا في سن المدرسة، وقد أشارت دراسات عديدة على أن تقييمات المعلم من أصدق التقييمات وأكثرها موضوعية، ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا أن الدراسات أشارت أيضا إلى أن المعلمين كمجموعة يمكن أن يكونوا متميزين، وهذا يتضح عند مقارنة تحويلات المعلمين التي يمكن أن تكون إما مبالغ فيها أو متحفظة جدا، فمثلا يميل المعلم إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجا لهم، ولا تؤثر على سير العملية التعليمية، بينما يميل المعلم إلى تحويل حالات السلوك الموجهة نحو الخارج كالإزعاج والفوضى وأضطرابات التصرف والحركة الزائدة، لأن ذلك يسبب إزعاجا للمعلم وتأثيرا مباشرا على سير العملية التربوية في الصف. ومن هنا يجب أن يعطى المعلم تحديدا للمشكلات التي يجب أن يلاحظها داخل الصدف. (القريوتي وأخرون، 1995).

وهناك عدد من العوامل المهمة التي تدعم الفكرة القائلة بأن تقييم المعلم هو أكثر منطقية في عملية التعرف، للأسباب التالية :

١. المعلمون مدربون على التعرف والتعامل مع أنماط تطور الشخصية عند الأطفال .

2. إن وظيفة المعلم المتمثلة في التدريس داخل غرفة الصف تزوده بعدد من السلوكيات المترعة التي تصدر عن الأطفال، فيصبح أكثر خبرة وعمرها فيها.

3. يتفاعل المعلمون مع الأطفال عدة ساعات كل يوم.

4. تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الظروف المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكيات الأطفال.

وهناك عدد من الدراسات أشارت إلى أن للمعلم دوراً فعالاً، ويعتبر عاملاً مهماً في أي عملية كشف أو تصرف. (Shea, 1978)

2. تقييمات الوالدين Parents Ratings

يعتبر الوالدان مصدراً مهماً للمعلومات عن اضطراب الطفل، ويمكن أن تجمع المعلومات من الوالدين إما من خلال المقابلات، أو من خلال قوائم الشطب والاستبانات.

ومع أن الوالدين مصدر مهم للمعلومات، لكن هناك تساؤلات حول دقة ملاحظة الوالدين للطفل، وتشير الدراسات إلى أنه توجد فروق فيما يتعلق بقوائم الشطب للأطفال وملاحظات والديهم. (Paul & Epanchin, 1992)

ومن المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة كمحك لتصديق تقييمات الوالدين محدودية ملاحظة السلوك، فقد ينسى الملاحظون أنهم يتبعون السلوك الصادر من الطفل لفترة مستمرة، كما أن وجود الملاحظ يمكن أن يؤثر على السلوك. وعلى الرغم من التساؤل عن ثبات تقييمات الوالدين، فإن لهم دوراً مهماً في عملية التحويل.

3. تقييمات الأقران Peers Ratings

تشير الدراسات الحديثة في علم النفس والتربيـة إلى أن وضع الأطفال الاجتماعي يرتبط إيجابياً مع التكيف في المدرسة، وكذلك مع التحصيل الأكاديمي. وعلى هذا، فإن تقييمات الأقران تعتبر إحدى الطرائق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية.

أشارت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في المدرسة من كل الأعمار قادرون على التعرف على المشكلات السلوكية، ولكن من الصعب على الأطفال في الأعمار الصغيرة معرفة السلوك الطبيعي أو المقبول وتحديده، ولكن يختلف الأمر في حالة الأطفال الأكبر سنا حيث يصبحون أقل تمركا حول ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي. (القريوتى وآخرون ، 1995).

إن المقاييس السوسيومترية التي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة، تستخدم لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحذر فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل . (Paul & Epanchin, 1992)

٤. تقييم الذات ^١ Self Rating

تعتبر تقييمات الذات مصدرا آخر للحكم على التكيف، فمن خلال تقييم الطفل لذاته، يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي عانى منها، وقد أشارت الدراسات إلى أن تقييمات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخييب والحركة الزائدة، ولكن التقييم الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل ، الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات الأمور الداخلية. وهذه التقييمات مفيدة للأطفال غير المقتربين بأنفسهم أو الدفاعيين. (القريوتى وآخرون ، 1995)

٥. التقييمات المتعددة Multiple Ratings

إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، والتعقيمات السيكوميتية لإجراءات الكشف المختلفة، جعلت عددا من الباحثين يوصون بأن هناك حاجة ملحة للتنوع بطرق جمع المعلومات عن طبيعة تطور غير الطفل وتكيفه، وحتى يتم التعرف بدقة على هذا الطفل المضطرب من مثل تقييمات الأقران وتقييمات الوالدين وتقييمات المعلمين وتقييمات الذات.

ومن هذه الأدوات التي استخدمت بشكل فعال بحيث جعلت من الممكن الفصل بين الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً عن الأطفال الآخرين عند تقييم سلوك الطفل من خلال الإجراءات المشتركة، وعندما تكون علاقاته عادة مختلفة، ولكنها توفر معلومات من جميع الجوانب المتعلقة بالطفل في المواقف المختلفة.

A process for In -School Screening of Emotionally Handicapped Children

وقد وصفت بأنها منتشرة بشكل واسع ومستخدمة، وهي تتضمن تقديرات المعلمين والأقران والذات. (Shea, 1978)

1. التعرف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية

Identification and Diagnosis in Educational Settings:

إن القانون العام PL.99-142 كان واضحاً حول الأبعاد المحددة فيما يتعلق بإجراءات التقييم، بحيث يجب أن تكون عملية تقييم حاجات الطفل الأكاديمية عملية فردية وشاملة، حيث يتم إلحاقه في برنامج التربية الخاصة.

ومع كل التقديرات لكل الاختبارات المستخدمة في أثناء التقييم، إلا أن القانون العام للتربية الخاصة يطالب بأن تتصف الاختبارات وأدواتها بما يلي:

1. أن تكون لغة الاختبار بلغة الطفل المحلية.
2. أن تكون صادقة بحيث تقيس الأهداف ما وضعت لأجله.
3. أن تكون هذه الاختبارات مؤهلة لقياس مناطق محددة للحاجات الأكاديمية عند الطفل.

يجب أن تكون عملية التقييم شاملة ومتناولة لجميع الجوانب المتعلقة بالمشكلة الانفعالية والسلوكية عند الطفل، وأن يقوم بالتقدير فريق يتضمن على الأقل أخصائي لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وأن يقييم الطفل بواسطة اختبارات تربوية ونفسية ملائمة ومتوفرة، كما أن ملاحظات

والوالدين والمعلمين وتقديراتهم يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار واللاحظات الرسمية وغير الرسمية.

الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية

تضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية، التحليل واللاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم، واختبارات الذكاء، والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي، واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمي التربوي.

ويكون تلخيص هذه الأساليب كما يلي:

1. تحليل الجوانب المتعلقة بالبيئة الصافية Analysis of Setting

تحليل المحتوى للبيئة الصافية حيث يظهر السلوك، يتضمن جانباً مهماً في عملية التشخيص التربوي، لأن المساحة ونوعية المقاعد الموجودة داخل غرفة الصف، ونوع النشاطات المتوفرة والوقت، كلها عوامل مؤثرة وجوانب يجب أن تقيس وتحلل فيما إذا كانت السبب في ظهور سلوك أو عدمه عند طفل يعاني من اضطراب سلوكى وانفعالي داخل غرفة الصف.

إن عملية تحليل الظروف الصافية مهمة ومنظمة في عملية التقييم والتشخيص لسبعين، حيث إنها تساعد في:

1. تحديد فيما إذا كانت البيئة الصافية متعلقة بالمشكلة.

2. تغير العوامل التي ظهر أنها مؤثرة بشكل كبير وفعال في ظهور السلوك المضطرب عند الطفل من خلال إجراء التدخل المطلوب.

أما بالنسبة للجوانب التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من خلال الملاحظة المباشرة لغرفة الصف فهي:

١. عدد الطلاب داخل غرفة الصف.

إن عدد الطلاب الكبير داخل غرفة الصف قد يؤثر على أداء المعلم، وسيبعد المعلم عن إمكانية إعطاء التوجيهات الفردية لطلابه، وقد يزيد من الضغط على المعلم ومن مستوى الضجيج في غرفة الصف.

٢. المساحة داخل غرفة الصف

إن طبيعة ترتيب المقاعد داخل غرفة الصف، سيؤثر على عملية التفاعل ما بين الطلاب والمعلم، ووضع المقاعد على شكل خطوط مستقيمة تجعل التفاعل أولياً ما بين المعلم والطلاب بشكل فردي، بينما وضع المقاعد بشكل U سيزيد من التفاعل بين الطلاب، أيضاً طبيعة الطفل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند ترتيب غرفة الصف.

إن موقع مقعد الطفل بشكل فردي أيضاً مهم، فالعزلة الجسدية لمقعد طفل عن مجموعة الصف سوف يولد عنده مشاكل اجتماعية، كذلك إذا كان مقعده في موقع قريب من الباب أو قرب طلاب يمثلون غواصاً سلبياً للطفل، فإن ذلك قد يعود على المعلم بالمشاكل.

٣. طبيعة المقاعد

إن المقاعد المريحة مهمة جداً، إذ يجب أن يكون حجم المقعد ونوعه مناسبين بالنسبة للطفل الذي يعاني من الحركة الزائدة، فإن لم يكن المقعد ملتصقاً بالطاولة يعتبر مشكلة.

٤. الوقت

يعتبر الوقت مهماً ومؤثراً، ويتضارب بعض الأطفال إذا لم يعطوا الوقت الكافي لإنهاء نشاط معين. وقد يتضارب آخرون عند إنتهاءهم النشاط بوقت أسرع من الآخرين، ويضطرون للجلوس حتى يفرغ الآخرون، كما ويشعر بعض الأطفال بالحيوية في أوقات معينة وفي التحديدي في الصباح. (Paul & Epanchin, 1992)

٢. الملاحظة المباشرة للسلوك Direct Observation of Behavior

تعتبر طريقة الملاحظة المباشرة للسلوك داخل غرفة الصف من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل الطفل السلوكية، وتكون أهمية المعلومات التي

تجمع بهذه الطريقة في أن سلوك الفرد دائم التغير والتبدل، ويتأثر بعوامل ومتغيرات كثيرة، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يفضل معلما ما داخل غرفة الصف، فإننا نجد لديه دافعية وجها للتعاون مع هذا المعلم، وعلى العكس من ذلك الطفل نفسه مع معلم آخر نجد أن سلوكه لا يتصرف بالتعاون.

تظهر فائدة الملاحظة المباشرة في أنها تزودنا بمعلومات موضوعية عن السلوك وذلك بوصفه من خلال المرافق المختلفة.

والأساليب المستخدمة في الملاحظة، إما أن تكون ذات بناء معين وتحتاج تدريبا حتى يتم استخدامها، وإما أن تكون ذات بناء أقل وتحتاج تدريبا أقل.

فالمعلم داخل غرفة الصف يستطيع ملاحظة سلوك الطلبة بشكل غير رسمي باستمرار، ويلاحظ سلوك الطالب ومشكلاته، ويحاول تعرف أسبابها، ويتمكن المعلم أن يوظف أكثر من أسلوب من مثل أسلوب الملاحظة العلمية (الذي يسمح للمعلم بجمع معلومات محددة عن سلوك الطالب)، وأسلوب الملاحظة العلمية يزودنا بمعلومات لا يمكن الحصول عليها من أي أسلوب قياس آخر، لأنه يسمح لنا بالتحليل والتسجيل المباشر للسلوك (مثلا: كم مرة يغادر الطالب المقهى؟).

حيث يتم بداية تحديد السلوك المراد ملاحظته في وقت محدد، ويقوم المعلم بتسجيل كل سلوكيات الطفل التي قام بها في ذلك الوقت (يسمى هذا الأسلوب أسلوب الملاحظة بمتابعة التسجيل أي الملاحظة المستمرة)، حيث يتم من خلالها تقديم معلومات كاملة عن سلوك الطالب خلال الفترة الزمنية التي تحدث فيها الملاحظة.

سلبيات الملاحظة المستمرة هي أن يفرغ الفاحص نفسه من الواجبات الأخرى، إلا أنها أكثر فعالية لتحديد سلوك الطالب بشكل إجرائي مما يؤدي إلى فهم السلوك، وبهذه الطريقة يمكن ملاحظة جميع الأنماط السلوكية الصادرة عن الطفل.

وختلخص مهمة الملاحظ فيما يلي:

1. تسجيل الأحداث (بحيث يتم تحديد مدى تكرار السلوك الملاحظ، أي عدد المرات التي يحدث فيها السلوك).

2. تسجيل الفترات الزمنية التي يستغرقها السلوك من خلال الاستمرار في تسجيل السلوك منذ بداية الفترة الزمنية ل نهايتها ، بحيث لا توجد فترات زمنية فاصلة .
ويؤكد بعض العلماء على استخدام الفترات الزمنية الفاصلة ، لأنه يصعب الاستمرار في تسجيل الملاحظات داخل غرفة الصف ، حيث إن ذلك يؤثر على عملية التدريس .
(Lewis & McLoughlin, 1981)

وبعد أن يقدر المعلم قياس السلوك ، يجب أن يقرر بدقة الطريقة التي سيتم بها ذلك ، ويجب ملاحظة السلوك في المكان والزمان الذي يحدث فيه السلوك ، وتحديد الأسلوب الذي سيتم من خلاله جمع البيانات ، وتحديد الشخص الذي سيقوم بجمعها وملاحظتها ، وتحديد طريقة تسجيلها والمعلم ، وأحياناً يجب استخدام شخص آخر لبيع المعلم الدرس ، وتسجيل المعلومات داخل سجل خاص (يحدد فيه السلوك ، وشدة ، وتكراره) .

خطوات تفسير إجراءات الملاحظة

1. من الذي سيقوم بها؟ .
2. ما الذي سيتم ملاحظته؟ .
3. ما هو المكان وأين؟ .
4. كيف يسجل الملاحظ البيانات؟ .
5. بعد جمع المعلومات توضع في تقرير مختصر .
6. ترسم بيانياً .

وعند تفسير المعلومات التي جمعت من خلال الملاحظة لا بد من مراعاة ما يلي :
1. إنها لا تفسر المعلومات بشكل دقيق .
2. من الضروري ملاحظة عينات سلوك الطالب ، لأن سلوكه يتصرف بالتغيير في المواقف المختلفة .
3. أن يحدد السلوك المراد ملاحظته بدقة .

4. إذا قام باللحظة اثنان يجب أن يكون بينهما اتفاق على البيانات التي تم جمعها .
(Lewis & McLoughlin, 1981)

3. اختبارات الورقة والقلم لقياس الشخصية Paper -and - Pencil tests of Personality

تستخدم هذه الاختبارات في المواقف التعليمية ، وفي قياس أبعاد الشخصية وأنماط التكيف عند الأفراد . وهناك عدد من الطرق المختلفة لتقدير الشخصية ، منها مقاييس تقييم السلوك ، وأدوات التقدير الذاتي ، وقوائم الشطب ، ومقاييس مفهوم الذات . ومن هذه الأدوات :

قائمة شطب للمشاكل السلوكية / لكوني وباترسون

(Behavior Problems checklist Quay and Peterson, 1967)

- تستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والراهقين .

- تقيس (4) أبعاد للمشاكل السلوكية وهي :

1. الاضطرابات السلوكية من مثل العدوان .

2. اضطرابات الشخصية من مثل الانسحاب .

3. عدم النضج .

4. الأنماط الثقافية والاجتماعية . (Lazarus & Strichart, 1986)

دليل بristol للتكييف الاجتماعي مارستون

(Bristol social Adjustment Guides, Marston, 1970)

طور هذا المقياس ليزودنا بتقييم المشاكل السلوكية عند الأطفال واليافعين من الأعمار 5-16 سنة ، وطور بحيث يستخدم في البيئة المدرسية .

يمكن أن تطبق وتفسر العلامات من قبل المرشد والأخصائي النفسي ، والمعلم . ويمكن

أن يستخدم كأداة للكشف، وله استخدامات أخرى من مثل: وصف السلوك الملاحظ من قبل المعلم للأخصائي الإكلينيكي بشكل له معنى، وكأساس للجلسات الإرشادية، ولتقييم فعالية التدخل العلاجي، وفي تطوير الأبحاث. (Shea, 197)

Burk's Behavior Rating Scale مقاييس بيركس لتقدير السلوك

يستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك، وهو من المقياسات البارزة في تشخيص المضطربين سلوكياً وانفعالياً، صممه بيركس عام 1975-1980، بهدف التعرف إلى مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد من عمر السادسة فأكثر، ويتألف من (110) فقرات موزعة على تسعه عشر مقياساً فرعياً، وله دلالات صدق وثبات، وله ثلاثة أنواع من الصدق: (ظاهري، وتميزي، وصدق محك).

أما المقياس الفرعية لمقياس بيركس فهي:

الإفراط في لوم الذات، والقلق، والانسحابية الزائدة، والاعتمادية، والضعف في قوة الأنما، والضعف في القوة الجسدية، والضعف في التأثر البصري الحركي، وضعف الانتباه، وضعف القدرة على ضبط النشاط، وضعف الاتصال بالواقع، وضعف الشعور بالهوية، والإفراط في المعاناة، والبالغة في الشعور بالظلم، والعدوانية الزائدة، والعناد والمقاومة، وضعف الانطباع الاجتماعي. (الروسان، 1998).

اختبارات الذكاء Intelligence Testing

تستخدم عادة هذه الاختبارات في التقييم التشخيصي لأنها تزودنا بمعلومات عن قدرات الطفل المعرفية وال العلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل ، ولقياس قدراته العقلية (Wechsler Intelligence scale for children, 1974).

إن أكثر الاختبارات المستخدمة لقياس القدرة العقلية هو مقياس وكسler (1974, 1976)

يمكن قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت 'ضمن اختبارات وكسler الفرعية، أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة ،

أي من خلال تحليل التشتت ما بين الاختبار والتشتت داخل الاختبار ، وتعتبر الاختبارات الفرعية التي تقيس الجانب اللغظي أكثر ثباتا ومقاومة لحالات التجاوز الانفعالي من الاختبارات الفرعية الأدائية . ولا بد من الإشارة في مقياس وكسلر إلى أن الاختبار الفرعي الذي يقيس المفردات هو أقل الاختبارات الفرعية تأثرا بالاضطراب السلوكي والانفعالي .

ونحن نقيس التشتت في الاختبار الفرعي لمقياس وكسلر من خلال فحص التناقض بالاستجابات ضمن الاختبار الفرعي المعطى . وهذا النموذج يقرر فيما إذا أخفق الفرد بالعبارات السهلة ونجح أكثر بالعبارات الصعبة . وحتى ندرس تأثير العوامل الانفعالية على العمليات العقلية المعرفية ، فإننا نقوم بتحليل محتوى الاستجابات الخاطئة على عبارات الاختبار الفرعي ، التي قد تظهر على شكل خلل معرفي في الإدراكات ، والأفكار ، والمشاعر . ويستدل الفاصل على وجود اضطراب الانفعالي من خلال ملاحظة أسلوب الإجابة الذي يظهره الفرد وتدريسه . ويمكن تحليل الفقرات التي تقييم القدرة على الانتباه والتركيز عند الفرد ، فالطالب مثلا الذي يحصل دائمًا على علامات منخفضة على هذه الفقرات قد يرجع السبب في ذلك إلى وجود اضطراب سلوكي وانفعالي لديه .
(Lazaruse & Stmichart, 1986)

6. اختبارات التأذز والإدراك الحركي البصري Perceptual - Motor Testing

يستخدم هذا النوع من الاختبارات لقياس إعاقات أخرى عند الطفل وهي الناتجة عن التلف الدماغي Brain Damage ، والثبات الذي تتصف فيه الاختبارات الإدراكية غير واضح .

أكثر الاختبارات شيوعا واستخداما هو اختبار

(Test of Behavior visual Motor Gestalt Test Bender, 1938)

هو اختبار تأذز بصري حركي ، ويستخدم لتقدير الوظائف الانفعالية ، متطلباته استجابات غير لفظية ، وهو اختبار غير مثير للقلق ، بحيث يقيس الإكلينيكي الاستجابات السلوكية للطفل وتكون ملاحظته دقيقة عند اقتراب الطفل من المهمة ، وهو يقيس الجوانب التالية عند المضطربين اضطرابات سلوكية وانفعالية شديدة :

1. التغيرات الحادة المتكررة.
2. الصعوبات المعلقة.
3. حجم إعادة الإنتاج.
4. الانحرافات.
5. التناسق الحركي.
6. الأعمال التي تحتاج إلى وقت طويل.
7. الترتيبات المنسقة.

حيث إن الانحرافات، إعادة الرسم، الشطب هي دلالات عامة على القلق ورجمة باليد يصاحبها تعرق، وعدم التمكن من الرسم بشكل طبيعي. (Lazaruse & Strichart, 1986)

2. التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية

Diagnostic Evaluation In Mental Health Setting

إن إجراءات التقييم التشخيصي عادة، يقوم بها المعالج النفسي للطفل، والطبيب النفسي، والأخصائي الاجتماعي، وحديثا انضم المعلمون وأخصائي النطق والعلاج الوظيفي وأخصائي الأعصاب، وأخصائي العلاج المهني.

الهدف من وراء التقييم، هو توضيح طبيعة الصراعات التي يتعرض لها الطفل والأسرة، وعلى هذا الأساس فإن محتوى التقييم يركز على الأسئلة التالية:

1. متى بدأ ظهور المشكلة عند الطفل؟ هل ظهرت في الوقت الحالي أو منذ مرحلة الطفولة المبكرة؟.
2. ما العوامل التي ساعدت وتساعد على تفاقم المشكلة عند الطفل؟ هل هناك أسباب أو مشاكل نفسية وعصبية؟ هل يؤثر الضغط الذي يمارسه الأهل عليه؟.

3. ما مدى شدة المشاكل؟ وهل هي مستمرة عند الطفل في جميع الأوقات أم أنها تظهر في أوقات الضغط الشديد؟ .
4. كيف ينظم الطفل والعائلة أنفسهم للتعامل مع الضغوطات؟ هل يلومون الآخرين؟ أم يلقون اللوم على أنفسهم؟ هل هم غير منظمين؟ .
5. كم تبلغ اتجاهات الطفل وأسرته نحو التغيير؟ هل هم مدركون حجم المشكلة؟ هل يقيّمون علاقات قائمة على الثقة مع المعالج النفسي؟ .

يتم الكشف عادة عن هذه القضايا من قبل الأخصائي النفسي في المقابلة الإكلينيكية ، أو من خلال الاختبارات النفسية ومن خلال الأخصائي الاجتماعي مقابلات الوالدين .
(Paul & Epanchin, 1992)

1 . المقابلات الإكلينيكية Clinical Interviews

المقابلة الإكلينيكية عبارة عن إجراء متكامل لأي تقييم نفسي ، وتقدم مصادر غنية من البيانات . عادة لا يوجد استخدام معياري في إجراء المقابلة الإكلينيكية لأن الأخصائيين يجدون أنفسهم ملزمين بالاعتماد على خبراتهم الذاتية مع الأطفال والراهقين ، فيما يتعلق بالحساسية الداخلية لأن دقة الأطفال في وصف سلوكهم الذاتي ضعيفة .

والتقارير الذاتية للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية عليهما علامات استفهام لأنهم قد ينكرون الحقائق حول سلوكهم ، أو قد لا يستذكرون أي معلومات حول مشاعرهم . وتشير المقابلة الإكلينيكية أنها منطقية بكيفية نظرة الطفل لنفسه ، وبخاصة في العلاقات الشخصية والبيئية لسلوكه . (Lazaruse & Strichart, 1986)

وتقسم المقابلة الإكلينيكية إلى :

1. المقابلة شبه التركيبية

تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات حول مظاهر عالم الطفل بحيث يحتفظ الإكلينيكي بالأسئلة حول ما يريد معرفته من حديث الطفل ، وهنا لا يوجد حاجة لوضع

أسئلة مخططة ، ويجب الحصول على نموذج واسع من مشاعر واتجاهات ، وملاحظة علاقة هذه المشاعر بالملوّف والأشخاص والذات . سيجد المقابل أن الأطفال الذين يشعرون بالقلق سيتدبرون ، ولديهم مشاعر بعدم السعادة ، ويتهماسون لإيجاد مستمع متعاطف ، ويجب على المقابل أن يضع الطفل بوضع مريح ، وأن يراعي وقت المقابلة ومكانها ، وأن يقيم علاقة تتصف بالألفة مع الطفل ، وأن تكون المحادثة بحرية وبنهاية مفتوحة ، وأن يتصرف المقابل الإكلينيكي بالتكيف مع استجابات الطفل .

2. المقابلة ذات النهاية المفتوحة

تستخدم هذه المقابلة في معرفة رأي الطفل بالشكوى ، والضغوطات ، والبيئة المألوفة له من مثل البيت ، والأقران ، والمدرسة ، والنوم ، والأكل ، ورأي الطفل في ثروة ، وتاريخه ، وما هي خططه للمستقبل ؟ .

قبل البدء في المقابلة يقدر الأخصائي النفسي ما الذي سيتم إخبار الطفل عنه فيما يتعلق بوضع الاختبار؟ وما رأي الطفل بذلك؟ كيف يشعر حول المشكلة؟ . . . ويجب على المقابل أن يبدأ الأسئلة التي يتم الإجابة عنها بشكل تلقائي (مكان السكن ، الولادة ، السن) . وعند مناقشة الطفل والاستماع لشكاوته ، سيقود هذا بسهولة إلى إعطاء وصف دقيق عن الحياة اليومية للطفل ، ويمكن الحصول على المعلومات من خلال المحادثة غير الرسمية معه .

ويمكن إضافة مجموعة الاختبارات إلى المقابلة الإكلينيكية للأطفال ، لأن الطفل سيبدأ بإظهار نظرته المنطقية للواقع بعد تحقيق الألفة بينه وبين المقابل . تطرق أسئلة المقابلة الإكلينيكية إلى مواضيع من مثل (ديناميكيات الأسرة ، الانفعالات ، الخبرة المدرسية الأكاديمية ، الصحة الجسمية ، العلاقة مع الزملاء ، الوالدين ، الذات) .

نموذج لأسئلة المقابلة

• ديناميكيات الأسرة

من هم أفراد عائلتك؟ أيهم يعيش في بيتك؟ هل يعيش معكم آخرون؟ (إذا لم يكن

يعيش كلا الوالدين في البيت ، حينئذ أسأل :) أين والدك / والدتك؟ متى كان آخر مرة رأيته أو رأيتها؟ كيف يزورك؟ ما الذي تحبه بوالدك / والدتك؟ ما الذي لا تحبه فيهم؟ مانوع الأعمال التي تقوم بها مع والدتك / والدك / أخوك / اختك؟ كيف يشعر والدك أو والدتك أو أشقاءك حولك أو بخصوصك؟ ماذا يشهي بيتك؟ أين تناول؟ هل يشاركك أحد غرفتك؟ ما الذي عوقبت لأجله؟ من عادة يعاقبك؟ كيف يعاقبونك؟ هل العقاب عادل؟ ما هو عملك في البيت؟ ما هي الأعمال التي تضطر للقيام بها ولا تحبها؟ هل لديك أي طريق للتخلص من هذه الأنشطة؟ إذا أمكنك تغيير شيء واحد بخصوص عائلتك ، ما هو هذا الأمر؟ .

• الانفعالات

كيف تشعر عادة؟ ما الذي يشعرك بالسعادة - الحزن - القلق - الغضب - الفزع؟ ماذا تفعل عادة عندما تشعر بالسعادة - الحزن . . . الخ.

• الخبرة المدرسية الأكاديمية

ما هي أكثر المواضيع تفضيلاً لك في المدرسة؟ ما هي أقل المواضيع تفضيلاً لك؟ هل لديك معلم مفضل؟ هل تحلم أحلام يقظة بالمدرسة؟ بماذا تختص أحلام اليقظة لديك؟ هل هناك أي شيء في المدرسة يشعرك بالسعادة ، الحزن ، الإحباط ، الخوف ، العصبية؟ هل تقع دائمًا بمشاكل في المدرسة؟ مانوع المشاكل التي تقع بها؟ ماذا يحصل بعد وقوعك في المشكلة؟ كيف يحصل عادة مثل هذا الأمر؟ ماذا تشعر بعد وقوعك في المشكلة؟ ما الذي ترغب بتغييره في نفسك لجعل المدرسة أفضل؟ كيف يمكن أن يقوم المعلمون بتغييرات في المدرسة تجعل الأشياء أفضل بالنسبة لك؟ .

• الصحة الجسمية

هل تعاني من مرض حقيقي؟ هل دخلت المستشفى؟ إذا كانت الإجابة نعم ، كيف نظرت لهذا الأمر؟ بماذا تفكّر قبل أن تذهب إلى النوم؟ مانوع أحلامك في الليل؟ هل لديك مشاكل صرع؟ مانوع أحلام اليقظة لديك؟ هل تعتقد أنك تأكل كثيراً أو قليلاً جداً؟ .

• العلاقات مع الزملاء

ما هو شعورك نحو الأطفال الآخرين في المدرسة و نحو الجيرة؟ هل لديك أصدقاء قريبون في المدرسة - في الجيرة؟ هل لديك صديق مفضل؟ إذا كانت الإجابة نعم، ما الذي يفعلونه عادة للاستمتاع بصحبتك؟ هل يمكنك أن تحدثني عن صديقك المفضل؟ ما الذي تعتقد أنك تفعله بشكل أفضل منه/ منها؟ ما الأشياء التي يفعلونها بشكل أفضل؟ إذا استطاع صديقك المفضل أن يحدثني عنك، ماذا سيقول؟ .

• الذات

ما هو أفضل شيء لديك وما هو الأسوأ؟ ما الذي يشعرك حقيقة بأنك جيد؟ ما نوع الأشياء التي ترغب بعملها؟ .

ومع الاقتراب إلى نهاية الاختبار يمكن سؤال الطفل: ما الجزء الذي تشعر بأنك ألمجزته؟ ما أفضل شيء يخصوصه؟ ما هو أصعب جزء قمت به في هذا الاختبار؟ أنت قررت أن هذه مشكلة بالنسبة لك، كيف يمكنك حلها؟ كيف يمكن للأخرين (العلمين، الأهل، الزملاء...) أن يساعدوا بحلها؟ إذا أمكنك تغيير شيء واحد بذاتهك ، ما هو هذا الشيء؟ .

2. الاختبارات النفسية Psychological Testing

هذه المجموعة من الاختبارات تستخدمن للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل، ولمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف ، ومن هذه المقاييس :

أ. المقاييس الإسقاطية Rorshach spot of Ink scale

اختبار رورشاخ (بقع الحبر)

حيث يعتبر هذا المقاييس من المقاييس الإسقاطية، ويقوم على الافتراض بأن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بعلومات عن الذات، وفهم أكبر للوظائف الشخصية.

يتضمن المقياس (10) بطاقات تقدم بطريقة فردية للطفل ، ويجب أن تتأكد من أن المفهوم قد فهم المطلوب ، وفي هذا الاختبار يجب ملاحظة ثلاثة عناصر أساسية في الاستجابة بحيث تتضمن المركز ، والشكل ، والحركة .

بالنسبة للمركز (هل الاستجابة تتضمن كل البقعة أو فقط التفاصيل؟).

الشكل (هل تتضمن الاستجابة الشكل؟).

الحركة (هل هناك حركة ترتبط مع الاستجابة؟).

• وتحلل العلامات لتفسير الوظيفة النفسية من خلال إسقاطات الطفل .

• وتوجد طريقتان لتفسير البقع :

الأولى : تعتمد على الناحية الكمية (بمقارنة الفرد مع الآخرين من الفتنة العمرية التي يتسمى إليها نفسها).

الثانية : (نوعية اختيار الفرد للإجابات ، يبرز المعلومات بخصوص تنظيماته النفسية الفردية) . (Compton, 1980)

2. اختبارات الترابط الحسي

عبارة عن سلسلة من الصور وقصة تصف في كل بطاقة ما يحدث ، ما هي خصائص الحديث؟ والقصة الرئيسية التي تعكس مشاعر الطفل وتفكيره عندما يسقط انفعالاته . الأخصائي يعمل على تحليل المحتوى للموضوع . ومن هذه الاختبارات :

(تفهم الموضوع للكبار) Tematic Apperception Test TAT

(تفهم الموضوع للأطفال) Children Apperception Test CAT

تستخدم اختبارات الترابط الحسي كاختبار للبحث في ديناميكية الشخصية ، بحيث تظهر في علاقات الشخصية ، والترابط الحسي ، وتفسير معاني البيئة .

طريقة تطبيق اختبار CAT

1. يطلب من الطفل سرد قصة من البطاقات.
2. تقدم البطاقات بشكل غير مباشر (الضغط والصراخات).
3. ليست كل الفصص متعادلة من ناحية الأهمية فيما يتعلق بالتشخيص.

- توضع العلامات ببراعة النقطات التالية:
- الموضوع الرئيس للقصة.
- التصور للبيئة.
- الأشكال.
- الصراخات.
- المخاوف.
- الأنماط الأعلى.
- خيال الفرد.
- الحاجات الأساسية. (Compton, 1980)

3. مقابلات الوالدين Parents Interviews

جزء مهم من عملية التقييم للطفل هو إجراء مقابلة مع الوالدين، إما الأب، أو الأم أو كلا الوالدين، هنا تقييم العلاقة بين الطفل والوالدين، وكذلك اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

ويمكن تصنيف المعلومات التي تجمعهم خلال المقابلات كالتالي:

1. تفهم الوالدين لطبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم، والمعلومات عن أسباب هذه المشكلة من وجهة نظرهم.

2. تكيف الطفل مع العائلة ، ومع الأطفال الآخرين والمدرسة ، وتشمل أيضاً معلومات عن جوانب القوة والضعف في شخصية الطفل .
3. معلومات عن تاريخ الحالة للطفل (نموه ، وتطوره) .
4. العلاقات العائلية سواء من قبل الطفل مع العائلة أو من قبل بقية أفراد العائلة مع الطفل .
5. معلومات عن الوالدين من هذه المعلومات توفر رؤية واضحة عن السلوكيات والاتجاهات المطلوب معرفتها يستطيع الوالدان تقديم معلومات مهمة عن أطفالهما تقييد في التقييم ، فهما يعرفان طفلهما حق المعرفة من جميع الجوانب . لذا يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي يستطيعان تقديمها . (Shea, 1978)

الفصل الرابع

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيًا وأنفعاليًا

• المقدمة

• أنواع الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وأنفعاليًا:

1. الخدمات التربوية

• المركبات والأفكار الرئيسية للخدمات التربوية.

• تطور الخدمات التربوية للأطفال المضطربين.

1. البرامج التي يقدمها معلم الصف العادي.

2. خدمات الإحالة والتدخل.

3. الخدمات الداعمة المتخصصة.

4. الصنف الخاص.

5. المدرسة الخاصة.

2. الخدمات النفسية وخدمات المطب النفسي.

1. العلاج النفسي.

2. علاج الوالدين.

3. العلاج النفسي الجماعي.

4. العلاج العائلي.

5. العلاج المهني.

3. الخدمات الطبية.

4. الخدمات الاجتماعية.

• نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وأنفعاليًا.

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

مقدمة

تعتبر ظاهرة الاهتمام بالمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا ظاهرة حديثة نسبياً، حيث سلطت الأضواء في السنوات الأخيرة على ما أطلق عليه البرامج والخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا، وظهر عدد من التوجهات التي اهتمت بشكل مباشر بتقليم عدد من البذائل التربوية والنفسية والاجتماعية، وأحدث هذه التوجهات ظهور نظام الخدمات الشاملة والمتكاملة المقدمة لهم.

ويسلط هذا الفصل الضوء على الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا بأنواعها المختلفة والتي تشمل الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية.

ت تكون الخدمات التربوية من البذائل التالية: البرامج المقدمة من معلم الصف العادي، وخدمات الإحالة والتدخل، والخدمات الداعمة المتخصصة، والصف الخاص، والمدرسة الخاصة.

أما الخدمات النفسية، فت تكون من: العلاج النفسي، والعلاج النفسي الجماعي، وعلاج الوالدين، والعلاج العائلي، والعلاج المهني.

بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية والتي تشمل: الإيواء، ومشاريع إعادة التأهيل، وأخيراً سيتم بشكل سريع استعراض الخدمات الطبية.

أنواع الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

أولاً: الخدمات التربوية:

تعتبر من أهم الخدمات التي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا، وذلك للأثار التي يتركها الاضطراب على قدرات الطلبة التعليمية والتحصيلية.

المرتكزات والأفكار الرئيسية في الخدمات التربوية:

1. تعتبر ظاهرة تربية الأطفال المضطربين وتعليمهم ظاهرة حديثة نسبياً.
2. تعتبر مجموعة البرامج والخدمات التي تحددها الأنظمة والتشريعات القانونية مناسبة للأطفال المضطربين.
3. يزود الأطفال المضطربون ببعض الخدمات في غرفة الصدف مع توفير الدعم النفسي والاجتماعي.
4. قد يحول بعض الطلبة المضطربين إلى صفوف خاصة بدوام جزئي أو كلي.
5. قد يحول بعض الأطفال المضطربين إلى المراكز النهارية.
6. إن كثيراً من البدائل التربوية من قبل المرشدين، ومديري المدارس، والوالدين، قد تتضمن برامج تربية للأطفال المضطربين.
7. إن النشاطات التربوية المتعددة مثل التخييم وفتح الصفوف الخاصة بالمضطربين، قد تبرز أهمية تربية الأطفال المضطربين.
8. يجب أن تؤخذ الحاجات الفردية بعين الاعتبار عند التخطيط لأي برنامج تربوي.

(Paul & Epanchin, 1992)

تطور الخدمات التربوية للأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

تعتبر خدمات التربية الخاصة للأطفال المضطربين حديثة نسبياً، فقبل عام 1960 كانت فكرة أن يكون هناك معلمون قادرون على المساهمة بشكل فعال في تربية المضطربين وتعليمهم تعتبر من الخرافات، فالمدارس كانت تنتظر أن تتم معالجة هؤلاء الأطفال خارج إطارها، وفيما بعد أصبح هناك فريق في المدرسة الخاصة بالأطفال المضطربين مسؤول عن وضع البرامج العلاجية الطبية دون وجود المؤهلات المتخصصة في علاج الأطفال المضطربين. ولكن ذلك كان الإشارة الأولى إلى الاستجابة الطبية للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا.

وفي الوقت نفسه، ساهم ذلك في تطوير مشروع إعادة النظر في الأساليب التربوية ودورها في تقييم اتجاهات بعض المعلمين وتغييرها وهم الذين نادوا بأن المعلمين قادرون على العمل مع الأطفال المضطربين بشكل فعال.

وهكذا وضع الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعالياً في مراكز للإيواء لتعريفهم ببرامج تدريبية متخصصة في علاج المضطربين، وانطلق هذا الاتجاه في إنجلترا وفرنسا وأسكتلندا وكندا، وذلك لعدم قدرة المدارس العامة في تلك الفترة على وضع البرامج القادرة على التعامل مع هؤلاء الأطفال.

ولفهم الأحداث التي ساهمت في تطوير الاستجابة التربوية لمشكلة الأطفال المضطربين، لا بد من دراسة تاريخ الخدمات المتخصصة المقدمة للمضطربين، بالاعتماد على كانير . (Kanner, 1970)

كذلك كانت ظاهرة الأطفال المضطربين قبل القرن التاسع عشر، مرتبطة بشكل كبير بالقضايا الروحانية والصوفية غير المدركة حسياً، وهذا التفكير القريب جاء نتيجة لافتراض مؤداته : أن الشيطان يسيطر على هؤلاء الأطفال، لذلك فهو لاء الأطفال رفضوا من المجتمع وحتى أحياناً من الوالدين، لأن الاتهامات الإنسانية لم تكن سائدة في تلك الفترة، وذلك للسلوك العدواني الذي كان يديه الأطفال المضطربون.

وبدأ الاهتمام الحقيقي في الجوانب الإنسانية في عام 1800 بوصف الأطفال المضطربين، وتصنيفهم، فلقد بدأ العلماء والأطباء بالاحظون الخصائص الشخصية لهؤلاء الأطفال بعناية كبيرة، فأجريت الدراسات على تلك الخصائص، وعلى الرغم من ذلك بقي الافتراض الذي مؤداته بأن الاضطراب هو عمل شيطاني .

وبعد ذلك بدأ الاهتمام بتحديد حالات الاضطراب عن طريق دراسة الأسباب الوراثية للمشكلة .

وفي بداية القرن العشرين، تزايد الاهتمام بالتشخيص المتخصص بالاعتماد على النظريات النفسية الديناميكية مع التأكيد على التصنيف الطبي .

وحقق فرويد بعض النجاحات في علاج الأطفال المضطربين. ومنذ عام 1940 وحتى عام 1950، تزايد التوجه بشكل مباشر نحو التدخل الطبي باستخدام الأدوية والعقاقير والخدمات الكهربائية والتدخل الجراحي.

وقد اعتبر تطور برامج المدرسة السلوكية ثورة في علاج الأطفال المضطربين، وإشارة واضحة للتغلب على الأضطرابات، حيث إن برامج المدرسة السلوكية ساهمت في خفض المشاعر والسلوكيات غير المرغوب فيها لدى المضطربين.

وهكذا أبدى اهتمام علماء النفس والمرشدين النفسيين الذين يتبنون النظرية الإنسانية إلى زيادة الاهتمام بالأطفال المضطربين.

وفي عام 1964 كتب كل من مورس وجتلت وفنك (Morse, Gultr, Fink, 1964) تقريراً عن المدارس الخاصة بالأطفال المضطربين.

وفي نهاية السبعينيات بدأ الانتباه إلى قضية الدمج عن طريق الورقة التي أعدها دنر لاندمارك (Dunn's Landmark, 1968) الذي كتب عدداً من المقالات عن هذا الموضوع، حيث تركزت موضوعات مقالاته حول فوائد الدمج مقارنة مع العزل بالنسبة للأطفال المضطربين.

وقد اعتقد عدد من العلماء، أن دمج الأطفال المضطربين يحمل على تقوية مفهومهم لذواتهم وتطوير ثوهم الاجتماعي، بينما يعمل العزل على وصم الأطفال المضطربين.

ويعتقد البعض بأن الدمج كبرنامج تربوي، يوفر الشعور بالأمن للأطفال المضطربين، ولكن هناك بعض المخاوف التي مؤداتها أن معلمي الصفوف العادلة قد لا يعدلون المنهاج بطريقة مناسبة للأطفال المضطربين، وبالتالي فإن أقران العاديين لا يتقبلونهم نتيجة عدم التكيف معهم. (Clarizio & Mccoy, 1993)

وقد أجريت دراسات كثيرة قارنت بين الأطفال المضطربين المدموجين وغير المدموجين من حيث التحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي وصعوبات التعلم. وقد أشارت نتائج الدراسات تلك إلى أن الأطفال المضطربين الذين يضطرون يومهم في الصف العادي المنتظم، أكثر تكيفاً من الأطفال في الصف الخاص.

وفي عام 1975 أكد قانون 142/94 (التعليم لجميع الأطفال المعاقين) على أن الدمج أصبح أكثر من كونه قضية بحثية.

وهكذا، بدأ معلمو التربية الخاصة يركزون انتباهم على الاستراتيجيات المناسبة لتطبيق برامج الدمج، مما تطلب تدريب المعلمين أثناء الخدمة على كيفية التعامل مع الأطفال المضطربين (Hallahan & Kauffman, 1991). لذلك تم التركيز على الدور المعزز والخلاق من قبل المعلمين للتعامل مع هؤلاء الأطفال، وتتضمن الاستراتيجيات المستخدمة في التدريس، تطوير نماذج جديدة للصفوف الخاصة وبرامج غرف المصادر.

وتتمثل الخدمات الحالية للتربية الخاصة بالنسبة للمضطربين في الأسئلة المطروحة حول فعالية البرامج ونوعيتها.

ويؤكد القانون العام 142/94 (التعليم لجميع المعاقين)، على أن كل طفل يشخص كمضطرب يجب أن توضع له خطة تربية فردية، وتتضمن هذه الخطة المجالات النمائية الأخرى الخارجية عن إطار الأهداف التربوية، لذلك فإن برامج التعليم الفردي يجب أن تكون قادرة على تحقيق الأهداف النمائية المختلفة، بالإضافة للأهداف الأكاديمية، كما تعالج الخطة التربوية الفردية التشتت الاجتماعية والأهداف السلوكية، وتعمل على تحديد برامج التدخل المناسبة.

ويؤكد القانون كذلك، على وجود مدى واسع من الخدمات، مناسب للمستويات المختلفة من الاضطراب، بحيث توفر البيئة الأقل تقيداً، ومن البرامج والخدمات ما يلي:

1. الصف العادي المنتظم: يوضع فيه الأطفال المضطربون مع العاديين تحت الإشراف المباشر من معلمين مؤهلين.

2. الخدمات الداعمة، وتتضمن خدمات الإرشاد، والاستشارات النفسية، من قبل شخص مدرب.

3. برامج غرف المصادر.

4. خدمات الصف الخاص، حيث يوضع الأطفال بصفوف خاصة بالمضطربين، مع تلقي البرامج التربوية والعلاجية مباشرة من شخص مؤهل ومدرب.

5. برامج المدرسة الخاصة: حيث يرpush الطفل المضطرب هنا في مدرسة مصممة خصيصاً للأطفال المضطربين، تتوفر فيها البرامج التي تغطي الحاجات الأساسية لهم.

6. برامج المؤسسات: وتمثل هذه البرامج البيئة الأكثر تقييداً بالنسبة للمضطربين بحيث يتحول الطفل المضطرب إلى المصحات العقلية، ويتلقى الخدمات التربوية، بالإضافة للخدمات المؤسسية الأخرى.

وفيما يلي عرض مفصل للخدمات والبرامج التربوية:

1. البرامج التي يقدمها معلم الصف العادي:

بالنظر للقانون 94/142 وبالاخص الفقرة التي تؤكد على توفير البيئة الأقل تقييداً بالنسبة للمعاقين، نجد أن الصف العادي المتنظم يوفر الإمكانيات الحقيقة لهذه البيئة، لذلك فمعلم الصف العادي يجب أن يكون مدرباً على دمج الأطفال المضطربين في المدرسة العادية سواء بوجود الخدمات الداعمة من شخص مدرب أم بدونه، وفيما يلي أربع طرق يستطيع معلم الصف العادي من خلالها التدخل لوضع برامج مناسبة للمضطربين:

أ. الوقاية:

ربما تكون الوقاية من أكثر الوظائف الهامة بالنسبة للمعلم، بحيث يستطيع المعلم توفير جو مناسب من الصحة النفسية في الصف العادي تسوده الإنتاجية والاستجابات المناسبة، بحيث يساعد الأطفال على التعامل مع القلق والإحباط والسلوك اللاتكيفي والعدوان، وتختفي في هذه البرامج الحاجة لوجود متخصص لإجراء عملية التدخل.

ب. الإحالات:

يعتبر المعلم أول من يكتشف حاجة الطفل لبرامج التدخل المتخصصة، حيث يصبح المعلم مع الخبرة ذات حساسية عالية في التعرف على مشاعر الطلبة وانفعالاتهم، وبالتالي فإن هذا مهم جداً للتعرف على الإجراءات المناسبة لتقديم بعملية الإحالة، بالإضافة لعملية القياس والتشخيص.

ج. الخطة التربوية الفردية:

يجب أن يكون المعلم قادراً على اتخاذ القرارات المناسبة لتعليم الطفل ، والتي تشمل اختيار البيئة المناسبة ، والبرنامـج العلاجي المناسب ، مما يؤهـله لوضع الخطة التربوية المناسبة لتعليم الطفل واشتقـاق الأهداف التعليمـية له .

د. التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات:

حيث يتعاون فريق من الأخصائيـين في وضع الخطة التربوية بالإضافة للمعلم والأهل (Paul & Epanchin, 1992) .

الوقاية من المشكلات التي تحدث في الصـف العـادي

من الأسباب الأكثر شيوعـاً، التي تؤدي للاضطراب في الصـف العـادي: الإحباط ، والفشل الأكـاديمي ، والارتـباك ، والانـسـحـاب ، والـعـزلـة ، وـعدـمـ الـاتـزانـ الـانـفعـالـيـ الدـاخـلـيـ . وفيـما يـليـ بعضـ الاستـراتـيـجيـاتـ التي يستـخدمـهاـ المـعلمـ معـ كلـ منـ الأـسـبـابـ السـابـقـةـ لـتـوفـيرـ

الـوقـاـيةـ المـنـاسـبـةـ، وـمـنـهاـ:

1. الإحباط والفشل الأكـادـيميـ:

منـ غـيرـ المـنـاسـبـ جـداـ لـلـطـفـلـ الـذـيـ يـفـشـلـ فـيـ التـحـصـيلـ الـأـكـادـيـيـ أـنـ يـقـيـ خـارـجـ النـظـامـ التـرـبـويـ ، لأنـ الـأـطـفـالـ يـكـونـونـ دـاخـلـ النـظـامـ التـرـبـويـ بـشـكـلـ مـقـصـودـ وـلـيـسـ اـعـتـمـادـاـ عـلـىـ مـبـداـ الـفـرـصـ ، وـبـالـتـالـيـ فـيـانـ تـعـرـضـ بـعـضـ الـطـلـبـةـ لـلـمـهـمـاتـ الـأـكـادـيـيـةـ الصـعـبـةـ ، يـسـبـبـ لـهـمـ الإـحـبـاطـ وـالـفـشـلـ . وـالـطـرـيـقـ الـأـفـضـلـ لـتـخـفـيـضـ الـفـشـلـ وـالـإـحـبـاطـ لـدـىـ الـطـلـبـةـ ، هـيـ إـعـطـاؤـهـمـ مـهـمـاتـ تـرـبـويـةـ يـنـجـحـونـ فـيـهاـ وـلـيـسـ فـقـطـ فـيـ الـقـدـرـاتـ الـفـرـدـيـةـ ، يـلـيـ ذـلـكـ الـمـجـالـاتـ الـمـخـلـفـةـ ، وـيـوـجـدـ حـالـيـاـ مـدـخـلـانـ لـتـفـرـيدـ الـتـعـلـيمـ هـمـاـ :

1. المـدخلـ الأولـ: كلـ طـفـلـ يـتـلـقـىـ التـعـلـيمـ الـنـاسـبـ لـفـسـرـانـهـ ، وـاستـعـدـادـاتـهـ ، وـالـتـفـضـيـلـاتـ الـنـاسـبـةـ لـهـ ، بـحـيثـ يـقـيمـ الـبـرـنـامـجـ التـرـبـويـ بـطـرـيـقـةـ منـاسـبـةـ لـحـاجـاتـ الـطـالـبـ .

2. المدخل الثاني: أن يسمح الصف العادي لكل طفل بأن يختار نوع النشاط الذي يناسب حاجاته الأساسية ومستواه.

بـ. الارقباك

الأطفال الذين يكونون غير متأكدين من مدى أدائهم في الصف العادي، والذين لا يلتزمون بقواعد المثابرة والتحصيل يكونون غير واثقين من أنفسهم، وسرعان ما يرتكبون. ومن الطرق المناسبة للتعامل مع هذه الحالة، توفير مدى كبير من الوضوح في الأهداف والأساليب للطفل، ومن الطرق المناسبة لتوفير الراحة النفسية في الصف، إيجاد درجة من الوعي والإدارة لدى الطلبة للبيئة الصفية، مما يساهم في قدرة الطالب على تنبؤ الأحداث الصفية عن طريق قواعد عامة للصف، يتم توضيحها للطلبة عن طريق المواد المناقشة معهم خلال اليوم الدراسي.

جـ. الانسحاب

وهو من الاستجابات الأخرى التي تؤدي للاضطراب في الصف، حيث إنه من غير المناسب ترك الطلبة ينزعزون وينسحبون من المواقف الصافية، مما يكون بعض المشاعر السلبية لديهم، مما يؤثر على قدرتهم وقابليةهم للتعلم. ومن الأسباب التي تساعده في انسحاب الطالب من الموقف الصفي: الانطباعات، والانفعالات السلبية مثل الخوف والغضب والفشل. وللتغلب على الانسحاب يجب توفير الفرص المناسبة للمشاركة. كذلك يجب إعطاء الفرص للطلبة للإجابة والسؤال بحرية تامة، وتوفير الجو المناسب لاستجاباته بعيداً عن النقد والعقاب النفسي والجسدي، وتشجيعه المستمر على المشاركة والاندماج في نشاطات الصف، ويمكن تحقيق ذلك في الصف العادي عن طريق تشكيل مجموعات العون الثاني.

دـ. الضجر والملل

معظم الاستجابات والسلوكيات اللاتكيفية بالنسبة للطلبة، تكون نتيجة الشعور بالضجر والملل، لأسباب متعددة، منها: العقاب، وكثرة الكلام، وعدم التواصل مع

المعلم، مما يجعل الصيف بيئه غير مناسبة للطفل، لذلك لا بد من توفير أجواء الإثارة والتشويق في البيئة الصيفية.

وهنا يكون المعلم مسؤولاً عن توفير النشاطات المتنوعة والمشوقة والمرتبطة بحياة الطلبة، واستخدام الفكاهة والمرح عندما يشعر الطلبة بالملل والضجر، كما أن التسويق المستمر يعمل على التخلص من الملل والضجر.

هـ. المقاومة والتمرد غير المقصود

قد يحاول بعض الطلبة التمرد ومقاومة النشاطات الصيفية، مما يشكل لديهم كراهية للنظام الصفي، لذلك فالعلم الحكيم يجب أن يتفهم ويستوعب حاجات الطالب، فمثلاً هذا التصرف قد يكون خارجاً عن طبيعة الطالب.

2. خدمات الإحالة والتدخل:

يبدأ المعلم على الأغلب عملية الإحالة التي تؤدي إلى إعطاء الطالب التصنيف كمضرر، لذلك يسأل المعلم من قبل فريق المعالجة عن بعض المعلومات الأساسية المتعلقة به، وذلك لكتابية الخطة التربوية الفردية والتي تتضمن التحصيل الأكاديمي للطالب، والمهارات الاجتماعية والسلوكية، وفيما يلي بعض الخطوات التي تساعد المعلم في أن يكون جزءاً من عملية الإحالة:

1. التوثيق في السجلات

يجب على المعلم أن يكون قادراً على توثيق الملاحظات حول الطالب في الموقف الصفي، من حيث الاهتمامات والمحاجات والقدرات، لأن هذه المعلومات هامة للفريق الذي سيعمل مع الطفل، كما أنها تساعد المعلم في اكتشاف الطرق المناسبة لمعالجة المشكلة أحياناً دون اللجوء للإحالة.

2. التعرف على عملية الإحالة

يجب على المعلم أن يكون مدركاً وواعياً لعملية الإحالة وإجراءاتها المستخدمة في

المدرسة والنظام التربوي، والتي تتضمن الكشف، والتقييم، واختيار البيئة المناسبة للطفل، وتقسيم البرنامج المقدم للطفل المضطرب.

3. العمل على حل المشكلات أولاً

يجب على المعلم أن يكون قادرًا على حل مشكلات الطفل قبل أن يبدأ في وضع البرنامج العلاجي، وذلك عن طريق التعرف على المعلومات التفصيلية عن الطفل، ووضع برامج تعديل السلوك المناسبة، وتدريب الطفل على مهارات حل المشكلة.

4. المشاركة الفعالة في عملية الكشف والتقييم

يجب أن يكون المعلم عضواً فعالاً في الفريق الذي يقوم بعملية الكشف وتقييم الطالب عن قرب في البرامج الصحفية اليومية، كونه أكثر أعضاء الفريق اتصالاً مع الطالب، ويستطيع تزويد الفريق المختص بالمعلومات عن السلوك الصفي للطالب ومواطن القوة والضعف لديه، وتحديد الحاجات الأساسية له، ومدى تفاعلاته في علاقته مع زملائه.

5. المشاركة الفعالة في كتابة الخطة التربوية

يجب على المعلم أن يكون عضواً فعالاً في الفريق الذي يضع الخطة التربوية، لأنها يسهم في وضع الأهداف التربوية والسلوكية المختلفة للطفل، كما أنه يوضع بعض المعلومات الهامة لفريق الأخصائيين المعالج.

3. الخدمات الداعمة المتخصصة

أحد التوجهات الهامة في مجال التربية الخاصة هو التعاون والتنسيق الوثيق بين برامج التربية الخاصة وبرامج التربية العادية، وهذا الاتجاه جاء نتيجة للقانون العام 142/94، الذي نادى بتوفير البيئة الأقل تقييداً بالنسبة للمعاقين، والمشابهة لبيئة الأطفال العاديين، وهذا التوجه يعني توفير خدمات داعمة في الصنف العادي لتسهيل عمل المعلم ومساعدته على التعامل بفعالية مع المشكلات التي تواجهه هؤلاء الطلبة.

الخدمات المساعدة والداعمة

ت تكون الخدمات المساعدة كما يلي :

أ. خدمات التشخيص

في بعض الأحيان يكون وجود المتخصصين ضرورياً بالنسبة للمعلم العادي لتزويده بعض المعلومات عن التسخیص، والتي يمكن أن يستخدمها في وضع البرنامج التربوي، وتتضمن جمع البيانات عن السلوك، والقيام بالقياس الرسمي وغير الرسمي لقدرات الطلبة، وهذا يساعد المعلم في المشاركة مع الفريق المعالج الذي يعمل على كتابة الخطة التربوية الفردية.

ب. خدمات الاستشارة الفنية

وهنا يجب وضع معلم تربية خاصة لمساعدة المعلم العادي في التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المضطربون في الصف.

كذلك يساهم معلم التربية الخاصة في تطوير مهارات المعلم العادي ليتسنى له التعامل بفعالية مع الأطفال المضطربين في المدرسة العادية.

ج. تعدد طرق التدخل

طور العديد من طرق التدخل لتوفير الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتتضمن هذه الطرق الإرشاد التربوي والخطط العلاجية التي صممت لمساعدة الطفل المضطرب للبقاء في الصف العادي أطول وقت ممكن.

د. خدمات الوسيطية

يعتبر معلم التربية الخاصة وسيطاً بين خدمات المدرسة العادية والخدمات الأخرى التي يقدمها المجتمع للأطفال المضطربين، وبالتالي يعمل الوسيط على تنسيق الجهد بين المدرسة والمجتمع لتوفير الخدمات المناسبة لهم. (Paul & Epanchin, 1992)

بعض الاعتبارات الخاصة بالنسبة لخدمات الدعم المساعدة

تتضمن تدريبات المعلم تزويده بالوعي المناسب لخدمات الدعم المناسبة، والانتباه الخاص للتأكد على الأبعاد المختلفة للبيئة الدراسية، مما يساعد في نجاح البرامج المقترحة وتقبلاها بواسطة معلم التربية الخاصة. وفيما يلي بعض الاعتبارات التي تساهم في زيادةوعي المعلم:

1. تصميم البرنامج .

يمكن تصميم البرنامج بالدعم من المجتمع المدرسي ويوجد مشرف تربية خاصة، كذلك فإن مشاركة الوالدين تساهم بالضغط على المحاور المختلفة للبدء في البرنامج

2. التغلب على شعور المعلم العادي الذي مؤداه بأن الأخصائي هو صاحب القرار، حيث يكون اعتقاداً مفاده أن الأطفال يخضون الأخصائي، لذلك يجب التركيز على أهمية التعاون بين الأخصائي ومعلم الصف العادي، بحيث ينافش الأخصائي المعلم العادي أثناء وضع الخطة التربوية في اتخاذ القرارات التربوية المناسبة للطفل. كذلك يجب على الأخصائي أن يقوم بزيارات متكررة ومحضرة للصف. وبعد الزيارة يجب إعطاء المعلم فرصة للمناقشة حول ما يحدث في غرفة الصف. وبذلك يساعد الأخصائي المعلم في تقبل غرفة الصف وجعلها جذابة بالنسبة له.

3. تزويذ الأطفال المضطربين بالخدمات

يجب على الأخصائي أن يؤكد على الدور القيم الذي يقوم به المعلمون في تقديم الخدمات التربوية المتنوعة للأطفال، لذا يجب أن يعطوا الفرصة للتعبير عن جوانب اهتماماتهم بالطلبة، وأن يتم العمل كفريق، للتخطيط لتقديم الخدمات وتزويذ الطلبة المضطربين بها.

4. القدرة على وصف العمل وفهمه.

من الضروري جداً أن يكون معلم التربية الخاصة قادرًا على فهم عمله ووصفه، ولديه معرفة كبيرة بأساليب تدريس وتشخيص الطلبة الذين يتعامل معهم، وذلك لعمل برنامج متكامل بالتنسيق مع الأخصائي.

5. تقييم البرنامج

تبرز أهمية تقييم البرنامج لثلاثة أسباب هي :

1. أن معلم التربية الخاصة يرغب بإبراز قيمة البرنامج أو الخدمة المقدمة للمشرفين والأخصائيين، وكادر المعلمين والوالدين، وذلك لتقديم صورة عن فعالية البرنامج المقدم.

2. إن تبرير قيمة البرنامج وإثباتها عملية مهمة للأخصائيين والمعلمين أنفسهم، وذلك للتعرف على نقاط القوة والضعف في البرنامج، وطرق التدريس المناسبة للطلبة، ثم للرغبة بالشعور بالرضا حول أدائهم، كذلك لتسجيل التغييرات التي تحدث على سلوك أداء الطلبة المستهدفين في البرنامج.

3. إن تقييم المعلومات والمبادئ المستخدمة في تطبيق البرنامج ذو أهمية كبيرة في مساعدة الأخصائي في اتخاذ القرارات، كما يساهم في وجود تنسيق في الجهد لإيجاد البرنامج الذي تساهم المعلومات والمعرفة المتجددة في تطويره.

وفيما يلي بعض الإرشادات التي تساعد المعلم في جمع المعلومات الخاصة بتنقييم البرنامج المقدم للطلبة :

أ. وصف المعايير المستخدمة في البرنامج بدقة: لفحص الطرف المناسب لوضع البرنامج، يجب أن يكون لدى المعلم فكرة واضحة عن عمل الأخصائيين المهنيين، وأن يكون لديه القدرة على مناقشة كادر المدرسة والمعلمين ومشرفي التربية الخاصة والأباء حول أهداف البرنامج ومعايير النجاح، وذلك لتحديد احتياجاتهم.

ب. تقسيم إدارة البرنامج: يتم ذلك عن طريق مقارنة البرنامج المطبق بالمعايير المخطط لها، ويتم ذلك عن طريق سؤال الآخرين عن آرائهم، ووصف الطرق التي تؤدي لتطوير البرنامج، والأمور التي يركز عليها الوالدان عند وضع الخطة التربوية الفردية وكتابتها.

ج. تحديد الأهداف: ويكون ذلك بالاعتماد على تحديد الحاجات، وبالتالي القدرة على الوصف والتتبّع بما سيحدث في البرنامج، مما يساهم في زيادة رغبة الآباء في المشاركة في وضع الخطة التربوية الفردية.

د. وضع قائمة بخطوات العمل في البرنامج وتاريخ تطبيقها وتسمية المسؤولين عنها، لأن ذلك يساهم في تحديد دور الوالدين في البرنامج التربوي، وتحديد الاقتراحات التي يمكن أن يقدمها لتدريب أبنائهم.

ه. تحديد النشاطات: يجب أن توضع قائمة بالنشاطات المقدمة للطلبة وذلك لتقيمها بموضوعية، وذلك لإبلاغ الوالدين تلفونياً بفائدتها، أو عن طريق إرسال التقارير الدورية.

و. توثيق نتائج البرنامج: يجب على القائمين على البرنامج توثيق كل ما يحدث في البرنامج وتسجيله بموضوعية، لأن ذلك يساعد في عملية المقارنة بين البرامج المختلفة والمقارنة بين البرامج المقدمة في السنوات الماضية . (Paul & Epanchin, 1992)

4. الصنف الخاص

قد لا ينجح بعض الطلبة المضطربين بالتكيف والاندماج في الصنف العادي، حتى مع تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية المساعدة من معلم التربية الخاصة. وبالتالي فإن البديل التربوي المناسب لهؤلاء الطلبة هو صنف التربية الخاصة الخاص بالأطفال المضطربين، مع استخدام تكتيكات وطرق تعليمية مناسبة. وللصنف الخاص بعض الفوائد وخصوصاً في عملية تقديم الخدمات للمضطربين اضطراباً شديداً، وإحدى هذه الفوائد هي عزلهم بشكل

جزئي عن الأطفال العاديين، لإعطائهم نوعاً من الراحة النفسية بعيداً عن الجلو العادي الذي قد يشكل أحياناً ضاغطة عليهم.

وبالتالي يمكن تعميم الوضع في الصف العادي، بحيث يكون المعلم قادراً على ضبط البيئة المحيطة بالطلبة كونها بيئة علاجية، يجب أن تناسبهم، ويجب أن يتضمن المنهج بعض الجوانب الاجتماعية التي يجب أن تكون وثيقة الصلة بالاحتياجات الأساسية للطلبة المضطربين.

ويكون الصف الخاص النموذجي للأطفال المضطربين من (6-10) طلاب، وهذا العدد القليل يسمح للمعلم بتزويد الطلبة بخدمات شاملة ومتكاملة، كما يساعد في وضع برامج تدرисية أو علاجية تساهم في مساعدة الطفل بالاتصال مع الآخرين بسهولة، كذلك في الصف الخاص يسمح للمعلم بإعطاء وقت أكبر للتدخل العلاجي، بما يمكّنه من تقديم برامج الخدمات المساعدة بسهولة، ويجب أن تكون البرامج المقدمة للأطفال المضطربين مناسبة لنمو الطلبة وللتغيرات التي تظهر عليهم نتيجة عوامل النمو، حيث إن هذه التغيرات وجدت في عدد من الصور الخاصة ومنها:

1. يسير البرنامج من الصلابة نحو المرونة، حيث إن كثيراً من الخطط التربوية الفردية تكون صعبة التطبيق في البداية، وعندما يصبح الطفل أكثر كفاءة تصبح أكثر مرونة.

2. تساهُم التغيرات في تكوين ضبط داخلي لدى الطفل بدلاً من الضبط الخارجي، حيث يعزز الطفل في البداية، وتكون الخطة بإشراف مستمر من المعلمين، ولكن الاستمرار في البرامج العلاجية يساعد الطفل على تكوين استجابات داخلية معلنة في بداية تكوين الضبط الداخلي لديه.

3. الانطلاق من الأهداف قصيرة المدى إلى الأهداف طويلة المدى، حيث إن الطفل في البداية يخضع لنظام معين وساعة بعد أخرى، وأحياناً يوماً بعد يوم يسير الطفل باتجاه الهدف المخطط له في البرنامج.

4. الانتقال من العزل إلى الدمج، حيث إن تحقيق الأهداف في الصف الخاص يساعر في انتقال الطفل إلى برامج الدمج الأخرى، وانتقاله إلى بيئه أقل تقييدها تزدهر بعض حاجاته الأساسية التي تساعده على التكيف، وتساهم في عودته للصف العادي المنتظم. (Paul & Epanchin, 1992)

5. المدرسة الخاصة

المدارس الخاصة بالمضطربين قد تكون مناسبة أحياناً أكثر من المدارس العامة، لأنها تقدم لهم خدمات وتسهيلات غير متوفرة في المدرسة العادية، وبخاصة لذوي الاضطرابات الشديدة، ولكن من سلبيات العزل -الذى تمثله المدرسة الخاصة- الوجوم والانسحاب وضعف التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين، حيث تشكل هذه السلبيات نوعاً من عدم التوازن لهذا البرنامج.

الخدمات التي تقدمها المدرسة الخاصة:

1. ضبط البيئة وتقييدها، إذ يجب أن تصمم المدرسة بحيث تناسب الأطفال المضطربين، ويتضمن هذا توفير غرف خاصة تساهم في ضبط سلوك الطلبة المضطربين، وتساهم في ملاحظتهم، ومن هذه الغرف: غرف الإرشاد والعزل، وغرف الملاحظة، وهناك ميل إلى أن يكون حجم الغرف في المدارس الخاصة بالمضطربين صغيراً.
2. توفير الكوادر المدرية، والمصادر والأدوات المناسبة للأطفال المضطربين، والذي يسهل عمل الفريق الذي يشرف على وضع البرنامج في المدرسة.
3. الاستمرارية في تقديم الخدمات، حيث توفر درجة كبيرة من الخدمات الشاملة المستمرة للأطفال المضطربين.
4. توفير فريق العمل الدائم والمساند والمتفهم لاحتاجات الأطفال المضطربين، والذين يعملون على مساعدة الأطفال على التخلص من القلق والإحباط.

فوائد المدارس الخاصة بالمضطربين:

1. يكون المعلمون أكثر فهماً للمشكلات المختلفة الخاصة بالطلبة المضطربين وحاجاتهم الأساسية، فيساعدونهم على التخلص من الشعور بالعزلة، الذي يزيد الضغط النفسي لديهم.

2. تكون المدرسة الخاصة المكان المناسب للتعامل مع بعض المشكلات المزمنة والمتكررة للأطفال المضطربين.

ويمكن أن تكون المدرسة الخاصة داخلية أو نهارية، وفي الحالتين يقضي الأطفال في المدرسة جزءاً من وقتهم مع تلقى الخدمات التربوية مع المعلمين والمحاضرين عن طريق عمل مجموعات علاجية صغيرة، بواسطة مرشد نفسي مدرب، يساعد في ذلك فريق مدرب يدعى فريق الإشراف المترافق أو المدرسي. وتوضع خطة شاملة للعلاج لكل طفل في المدرسة بواسطة فريق العمل المدرب للقيام بهذه المهمة، ويمثل التربويين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.

ومن الأمثلة على الدراسة الخاصة مدرسة مارك توبين (Mark Tawain School)، وهي مدرسة خاصة غير إيوائية، حيث إن الأطفال يأتون للمدرسة لساعات محددة لتلقى بعض البرامج الأكاديمية والتدريب المهني. حيث توضع الأهداف الأكاديمية والاجتماعية في الخطة التربوية الفردية التي يشارك فيها فريق مختص. (Paul & Epanchin, 1992)

ثانياً: الخدمات النفسية وخدمات الطلب النفسي

هناك عدد من البرامج والخدمات النفسية المفيدة في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الغوضوي، ومن هذه الخدمات:

أ. المقابلات النفسية.

ب. استخدام برامج تعديل السلوك.

ج. لعب الدور.

د. السايكودrama (الدراما النفسية).

هـ. الموسيقى.

و. الكتابة الإبداعية.

زـ. الفنون.

ويكن تطبيق كل واحدة من هذه الطرق والأساليب من قبل معلم التربية الخاصة المدرب، كما أن هناك بعض الأساليب التي يطبقها الأطباء والخصائص النفسيون منها:

العلاج النفسي:

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض، وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيف الأعراض المزعجة، ومساعدة الطفل على التخلص من الصراعات والمشكلات الداخلية. وقد تم استخدام العلاج النفسي بشكل ناجح مع الأطفال المضطربين، وقد كان الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية أفضل ولديهم الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي أكثر استجابة للعلاج.

ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته بين المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة أهمها: عمر الطفل، فالأطفال الأصغر عمراً يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين، أما الأطفال الأكبر عمراً وبخاصة المراهقون، فإن العكس هو الصحيح. وعلى الرغم من أن معظم العلاج النفسي يتضمن الاتصال اللغوي والشفوي بين المريض والمعالج، إلا أن هناك عدداً من الأساليب الخاصة المستخدمة مع الأطفال والمرأة، وهي: العلاج باستخدام اللعب والقصص الإبداعية، والعلاج الفني الذي يشمل العلاج بالتصوير وعمل النماذج الطبية والموسيقى والرقص. (Shea, 1978).

علاج الوالدين:

يجد الطبيب نفسه أحياناً غير قادر على مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين، وعدم مساعدتهم له، وعدم تشجيعهم له. وقد يكون ذلك ناجماً عن وجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لابنهم.

وفي هذه الحالة لا بد من إدخال الوالدين في برنامج علاجي فردي أو جماعي لأنه من المهم جداً أن يتجاوز الوالدان مشكلاتهما الخاصة قبل التعامل مع مشكلات أبنائهم.

العلاج النفسي الجماعي:

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي ، وهي :

1. الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية .
2. مجموعات لعب وتبادل الأدوار .

ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريره وحاجاته ، ومهارات أعضاء المجموعة المشاركة في البرنامج وأعمارها . ويفضل أن يكون هناك تشابه في العمر ونوع المشكلة والخلفية الثقافية والاجتماعية في المجموعة العلاجية الواحدة . (Shea, 1978)

العلاج العائلي:

يتم التعامل مع العائلة كمجموعة واحدة ، ويشجع كل عضو على التعبير عن مشاعره وأرائه حول المشكلة المطروحة للبحث ، ويكشف هذا العلاج عن العلاقات الأسرية المتورطة التي تسبب المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال ، لأن المشكلات العائلية تسبب سوء التكيف وال العلاقات المتورطة داخل الأسرة مما ينعكس سلباً على الأطفال .

العلاج المهني:

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية أو الفردية في النشاطات والمهنات اليدوية ، أو من خلال التدريب المهني للحالة العاطفية للمربي وعمره ، وحالته الجسدية ، واهتماماته . وهنا يستفيد الفرد علاجياً عن طريق القيام بالنشاط ، ولكونه تلقى ردود فعل إيجابية نتيجة لمشاركته مع الآخرين .

ومن الخدمات النفسية الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً :

1. الخدمات النفسية الطارئة .

2. خدمات الصحة النفسية والعقلية في المدارس.

3. خدمات المستشار النفسي الاجتماعي في المدارس . (Shea, 1978)

ثالثا: الخدمات الطبية:

وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثناءها وبعدها، وإجراء الفحوصات الجسدية ، والعقلية العامة ، والمتخصصة ، والتحليل الطبي ، وإعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي ، بالإضافة للعناية والوقاية للبصر والسمع ، ويجب توفير هذه الخدمات بشكل أساسي في الحالات الطارئة .

رابعا: الخدمات الاجتماعية:

يوجد عدد من الخدمات الاجتماعية التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم ، ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن ، والخدمات العائلية ، والخدمات العامة ، وخدمات إعادة التأهيل المهني ، والخدمات المجتمعية الأخرى .

تسهيلات السكن:

وتشمل هذه الخدمات المصحات العقلية العامة والخاصة ، والمراكيز النفسية المتخصصة . وتختلف هذه المراكز من حيث حجمها ، فمن مراكز صغيرة تخدم أعداداً قليلة إلى مراكز أكبر تخدم أعداداً تزيد على 1000 شخص أو أكثر أحياناً ، حيث يقدم بعضها خدمات بسيطة ، والبعض الآخر يقدم خدمات أوسع تشمل توفير البيئة الصحية المناسبة والنظيفة .

وتركز المعالجة السكنية على مفهوم البيئة العلاجية ، وهي كل شيء يتم عمله مع أو بواسطة الطفل في المكان الذي يجد فيه نفسه ، فالمدرسة العامة هي بيئة الطفل من عمر الثالثة أو الرابعة إلى السابعة عشرة . ويشتمل العلاج على العلاج الفردي والمدرسي ، ومجموعات العمل ونشاطات المجموعة العلاجية ، وخدمات الطعام والنوم والمشي ، والخدمات اليومية المختلفة .

وت تكون هيئة التدريس في المراكز السكنية من مهنيين متخصصين ، وأطباء نفسيين ، وأخصائيين نفسيين واجتماعيين ، ومعلمي تربية خاصة ، وأخصائي لغة ، وموظفي إشراف على الخدمات المقدمة للأطفال . وقد يتد العلاج عدة أسابيع أو أشهر وأحياناً سنوات . ولقد تحسنت في السنوات القليلة الماضية مراكز السكن المجتمعية ، وأصبح هناك اتفاق وتعاون بين هذه المراكز و مراكز الصحة العقلية والخدمة الاجتماعية ، وذلك لتسهيل تحويل الطفل من المراكز إلى الحياة المجتمعية العادلة .

برامج أو مشروع إعادة التأهيل

يعتبر هذا المشروع من أهم المشاريع التي تم استخدامها في أمريكا للأطفال المضطربين ، والهدف من هذا المشروع هو تطوير وتقدير أداء فاعلية المراكز الداخلية التي كانت تدار من قبل معلمين مختارين بعناية ، بدعمهم مستشارون من مراكز الصحة العقلية . وتتراوح مدة البرنامج من شهرين إلى ستين . والهدف من إعادة التأهيل هو مساعدة الطفل والعائلة والمجتمع لإنجاز وضع يضمن الراحة والسلامة للأطراف كافة ، ويتم التركيز على هذه الأهداف بالوسائل التالية :

1. إعادة ثقة الطفل بمجتمع الكبار وتلبية حاجاته الأساسية المتعلقة بالعائلة والمدرسة والأصدقاء .
2. مساعدة الطفل على النمو العادي والسليم والمناسب مع قدراته العقلية .
3. توفير المصادر والوسائل المختلفة لمساعدة الطفل لتحقيق حاجاته .
4. مساعدة مجتمع المعلمين على فهم مشكلات الأطفال وإجراءات التعديلات المناسبة لهم .
5. مساعدة الطفل على تحديد أهدافه ليحصل على تحكم معرفي بسلوكه .
6. مساعدة الطفل على التخلص من بعض العادات التي تساهم في رفضه من قبل المدرسة والعائلة والمجتمع .
7. مساعدة الطفل على تكوين شعور بالانتماء لمجتمعه الذي يعيش فيه .

ومن الخدمات الأخرى للمضطربين، الخدمات القانونية التي توفر الأمان والحماية للأطفال المضطربين، بحيث يتجاوز القانون مع حاجاتهم الفردية و حاجتهم لفهم القوانين الرسمية وغير الرسمية التي تحكم مجتمعاتهم.

وأخيراً، يجب التأكيد على أن المشكلات التي تواجه المضطربين هي مسؤولية مجتمعية وليس مسؤولية مؤسسة واحدة بعينها، وتحتاج هذه المسؤولية إلى جهد جماعي متكملاً لإعادة هذه الفتنة إلى مجتمعها للمساهمة في دعم مسيرتها.

ثناذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا

يعتبر نظام الخدمات الشاملة والمتكمالة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا نظاماً جديداً بالنسبة لهم، وقد أخذ محل الأنظمة التقليدية السابقة التي كانت تسمح بالازدواجية في تقديم الخدمات، وتطلب الكثير من الوقت والمال والجهد، وتؤدي إلى عدد من المشكلات في عملية التمويل وإدارة البرامج. ويوجد عدد من ثناذج الخدمات الشاملة والمتكمالة للمضطربين سلوكيًا وانفعاليًا والتي سيتم عرض بعض منها كما يلي :

(Cogen & Ohrtmant's) نموذج أولاً:

يقوم هذا النموذج على ضرورة تقديم الخدمات الشاملة للفرد المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا منذ الولادة وحتى الموت، ومن إجراءاته: جمع المعلومات الشاملة عن هؤلاء الأطفال، والقيام بالتشخيص المبكر، وتوفير برامج العناية والتدريب والتعليم والإعداد المهني المناسب لهم.

ويتضمن هذا النموذج عشرة مستويات هي :

1. المستوى الأول: يتضمن الإرشاد الجيني للوالدين.
2. المستوى الثاني: يتضمن العناية بالأم قبل الولادة.
3. المستوى الثالث: يتضمن التدخل المبكر.

4. المستوى الرابع: يتضمن إجراءات التشخيص التكاملية الذي يشمل التقييم الطبي والاجتماعي والتفسيري والتربوي، وتطوير برامج خاصة بالتقييم.
5. المستوى الخامس: يتضمن هذا المستوى العناية في مرحلة الحضانة، ويشمل هذا البرنامج مجموعة الخدمات والنشاطات المقدمة في المستشفي والعيادات الطبية ومرافق العناية النهارية، وفي المراكز الداخلية والخارجية، مع تقديم خدمات الإرشاد الأسري لأهالي هؤلاء الأطفال.
6. المستوى السادس: يتضمن الخدمات في مرحلة ما قبل الدراسة جميع الخدمات النفسية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال، بما فيها الخدمات الأولية المقدمة من المدارس العامة والخاصة بالأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا.
- 7و8. المستويان السابع والثامن: الأساسي والمتوسط، ويشملان الخدمات الأولية المقدمة من المدارس العامة والخاصة.
9. المستوى التاسع: يشمل الخدمات الأكاديمية والمهنية، والقيام بتجارب ونشاطات متعددة لمساعدة هؤلاء الشباب على الاندماج في مجتمعاتهم.
10. المستوى العاشر: المجتمع. يتضمن هذا المستوى دمج الأطفال المضطربين سلوكيًا وانفعاليًا في المجتمع وتقييمهم بشكل مستمر، وفي هذا المستوى يتم جمع المعلومات الكاملة عن الفرد المضطرب سلوكيًا وانفعاليًا لتقييم الخدمات المقدمة، والتخطيط لخدمات وبرامج مستقبلية جديدة، والتعرف على الحاجات المختلفة للمضطربين. (Shea, 1978)

ثانياً: نموذج (Shea, 1978)

تقديم هنا (Shea, 1978) نموذجاً آخر من مراحل الخدمات التكاملية الشاملة، ويتضمن المستويات الخمسة التالية:

1. المستوى الأول: التشخيص والتقييم. ويشتمل هذا المستوى على الكشف

والتشخيص والإحالة والتخطيط ، ويتم تقديم هذه الخدمات بواسطة فريق مدرب على تحديد الحاجات الأساسية للطلبة .

2. المستوى الثاني : يتضمن نموذج العلاج . ويتضمن العلاج عددا من الإجراءات الطبية ، والعلاج السلوكي ، والخدمات الاجتماعية والنفسية التي يحتاجها الأفراد المضطربون سلوكيا وانفعاليا وأهالיהם .

3. المستوى الثالث : يتضمن هذا المستوى العناية اليومية الكاملة مدة 24 ساعة ، وذلك يتم ضمن مدارس إيوائية أو مخيمات خاصة بهم .

4. المستوى الرابع : التربية . يتضمن مستوى التربية جميع الخدمات التعليمية للأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا وذويهم من قبل المهنيين والأخصائيين المسؤولين عن تقديم الخدمات . وتنتمي الخدمات التربوية الإحالة إلى الصفوف العادية ، والتدريس من قبل الزملاء ، وخدمات المعلم المساعد ، وخدمات اليوم الدراسي الكامل .

5. المستوى الخامس : يتضمن هذا المستوى البحث والتقييم ، ويتعلق بالدراسات والأبحاث القابلة للتطبيق وتقييم فعالية البرامج المختلفة .

ثالثا: نموذج دينو (Deno, 1970)

يشتمل هذا النموذج على سبعة مستويات من الخدمات هي :

1. المستوى الأول : يتضمن هذا المستوى الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا القادرين على الاستمرار في الصف العادي مع تقديم الخدمات المساندة .

2. المستوى الثاني : يشتمل على برامج الصفوف العادية ، بالإضافة للخدمات النفسية والاجتماعية والعلاجية المساندة .

3. المستوى الثالث : يتضمن هذا المستوى الصفوف الخاصة باستخدام الدوام الجزئي .

- 4. المستوى الرابع: يتضمن هذا المستوى الصنوف ذات الدوام الكلي.
- 5. المستوى الخامس: المراكز النهارية الخاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
- 6. المستوى السادس: يتضمن هذا المستوى البرامج والخدمات المترتبة بوجود معلم متخصص للتدرис في المنزل.
- 7. المستوى السابع: يشتمل هذا المستوى على خدمات الوكالات الصحية ويتضمن مستويين هما:
 - أ. التدرис في المستشفى.
 - ب. الخدمات العلاجية غير التربوية.

رابعاً: نموذج (Bruinink & Runders, 1971)

ويتضمن هذا النموذج أحد عشر مستوى، وهي:

- 1. المستوى الأول: المدرسة المفتوحة، ويتضمن التعليم الذاتي المباشر دون صنوف.
- 2. المستوى الثاني: برامج الصنف العادي المتنظم، الذي يتضمن خدمات التربية الخاصة من قبل معلم الصنف العادي.
- 3. المستوى الثالث: الصنف العادي بوجود معلم تربية خاصة مساعد لمعلم الصنف العادي.
- 4. المستوى الرابع: الصنف العادي مع وجود مجموعة من المعلمين المتخصصين.
- 5. المستوى الخامس: الصنف الخاص، حيث يتم تقديم برامج التعليم الأكاديمي وغير الأكاديمي.
- 6. المستوى السادس: الصنف الخاص، مع تقديم برامج الخدمات غير الأكاديمية التي تشمل مهارات التواصل الاجتماعي.
- 7. المستوى السابع: الصنف الخاص، الذي يقدم نوعاً من التواصل مع الأطفال العاديين.

8. المستوى الثامن: المدرسة الخاصة النهارية، التي تقدم بعض برامجها بحيث تتضمن الاتصال مع الأطفال العاديين.
9. المستوى التاسع: برامج التعليم المترافق.
10. المستوى العاشر: المدارس الخاصة الإيوائية، التي تقدم نوعاً من الاتصال الاجتماعي مع البيئة المجاورة للمدرسة.
11. المستوى الحادي عشر: المدارس الخاصة الإيوائية مع اتصال بسيط مع المجتمع المحلي المجاورة للمدرسة. (Shea, 1978)

ويدرامة دقة للنماذج السابقة نلاحظ أنها تركز على ما يلي:

أ. خدمات الإرشاد الأسري.

ب. الإرشاد النفسي للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

ج. برامج تعديل السلوك.

د. العلاج الطبيعي بالتنسيق مع الأطباء المختصين.

هـ. برامج التدريس العلاجية.

و. العلاج باستخدام العقاقير.

كذلك، فإن الخدمات يجب أن تكون متكاملة، وتتضمن الأبعاد التالية:

1. تقديم التسهيلات والخدمات الشاملة لجميع المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
2. وجود تدقيق متكامل للتشخيص، يغطي المناطق الجغرافية المختلفة، ويقدم الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية والطبية.
3. تعاون المجتمع في تقديم الخدمات مثل الكشف، وبرامج التأهيل للمضطربين سلوكياً وانفعالياً.
4. تقديم المحجم الكافي من خدمات الاتصال مع الآخرين بوجود خدمات الإحالة والتشخيص والتقييم المستمر لعملية الاتصال.

5. تقديم الحجم الكامل من خدمات الدعم النفسي، والاجتماعي، التي تشمل خدمات الإرشاد النفسي والأسري.
6. تقديم الحجم الكافي من الخدمات النفسية والاجتماعية للوالدين مثل تشكيل المجموعات الإرشادية، والمؤتمرات الخاصة لتبادل الخبرات.
7. تقديم الحجم الكافي من حرية التنقل بين المستويات المختلفة للبرامج للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

كما يوجد عدد من المنظمات التي تقدم الخدمات للمضطربين سلوكياً وانفعالياً، وتتنوع كما يلي:

1. المنظمات ومديريات التربية.
2. أقسام الصحة العقلية والعيادات الطبية.
3. الخدمات الاجتماعية ووكالات الحماية.
4. الجمعيات والوكالات القانونية.

5. الخدمات المجتمعية والجماعات الدينية (Shea, 1978).

الفصل الخامس

ضبط سلوك المضطربين سلوكياً وانفعالياً وبخاصة في المجال الصفي

- المقدمة .
- الإدارة الصيفية والنظام الصفي.
- المشكلات السلوكية لدى الطلاب.
- المظاهر الشائعة للمشكلات السلوكية لدى الطلاب.
- مصادر المشكلات الصيفية.
- أساليب معالجة المشكلات الصيفية.
 1. استراتيجية تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الصيفية.
 - الخطوات التنفيذية العامة لتعديل السلوك الصفي.
 2. استراتيجيات أخرى لضبط السلوك الصفي.
 - 1 . الاستراتيجية التطورية.
 2. الاستراتيجية البيئية.
 3. الاستراتيجية النفسية الدينامية.
 4. الاستراتيجية النفسية التربوية.
 - إدارة الصيف في المدرسة العادية.
 - أنظمة صفوف المضطربين الأخرى.
 - الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة شديدة.
 - الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة بسيطة ومتوسطة.
 - الاعتبارات التربوية عند دمج المضطربين في المدارس العادية.

ضبط سلوك المضطربين سلوكيًا وأفعاليًا وخاصة في المجال الصفي

مقدمة

يختلف السلوك الإنساني السوي عن غير السوي في الدرجة وليس في النوع، وتتراوح سلوكيات المضطربين سلوكيًا وأفعاليًا بين السلوك القريب من الطبيعي والسلوك شديد الانحراف حسب شدة الاضطراب ودرجته، وقد تكون هذه السلوكيات المضطربة موجهة نحو الداخل (انعزال وانسحاب وخجل وإيذاء الذات) أو الخارج (عدوان ونشاط زائد). وفي كلتا الحالتين فإنها تؤثر في المضطرب، والمحيط الذي يعيش فيه، وهي تحتاج إلى طريقة ضبط للتعامل معها، ومحاولة التقليل من السلوك المشكك قدر الإمكان، أو تعديله، أو تغييره والوصول بالفرد إلى أعلى درجة من التكيف يستطيع الوصول إليها من خلال استغلال قدراته. وهناك عدد من الأساليب والطرق التي تستطيع خلالها ضبط سلوك المضطربين، ويتبع كل منها نظرية معينة، وتستخدم تكتيكات خاصة بها، مثل العلاج بالعقاقير أو العلاج بتغيير نمط التغذية ونوعها أو العلاج السلوكي. وإن كلمة ضبط هي كلمة سلوكية تعني التحكم بالظروف البيئية المحيطة التي تؤثر في السلوك، ومحاولة تغييرها باستخدام أساليب معينة مناسبة لنوع السلوك المطلوب تعديله أو تغييره بما يتفق مع الأهداف الموضوعة.

كثيراً ما يواجه المعلم في التربية الخاصة بعض المشاكل السلوكية داخل الصف، وقد يجد صعوبة في مواجهة هذه المشاكل وإيجاد الحلول المناسبة لها، فقد يؤدي إلى تجاهل السلوك لعدم قدرته على مواجهته، لا سيما إذا كان هذا السلوك بحد ذاته لا يؤثر على مجرى النشاط في الصف كالانعزالية وعدم المشاركة، وفي حين أن الانعزالية هي إحدى المشاكل السلوكية، وهكذا قد يلجأ المعلم إلى طرق تعديل السلوك المختلفة لتعديل السلوك غير المرغوب فيه وتحويله إلى شكل من أشكال السلوك المرغوب فيه. ولكي يقوم بأحد أساليب تعديل السلوك عليه الإمام عايلي :

• طرق تعديل السلوك المختلفة وطريقة تطبيقها ومنها: التعزيز الاجابي والسلبي، والعقاب، والإطفاء، والمنذجة، والتعاقد السلوكي .

• المقدرة على تحديد السلوك المرغوب فيه بطريقة إجرائية، بحيث يكون هذا السلوك قابلاً للقياس واللاحظة، لكي يمكن تحديده وإجراء تعديل له .

ولابد من الإشارة إلى أن الأضطراب الانفعالي له أسباب متعددة، فقد يكون مرتبطاً بعوامل وراثية ، أو نتيجة نتئج التعامل السائد في الأسرة، أو أسلوب الإداره المدرسية أو الصفية ، فالمعلم الذي يقوم بعملية تعديل السلوك وضبطه، قد يكون أحد أسباب الأضطراب إذا لم يكن مؤهلاً لذلك . وإن من أهم الأسس لبناء علاقات مجتمعية سليمة في المدرسة، هو وجود برامج تعليمي فعال، ونشاط مدرسي شيق وهادف، وعلاقات، وحسن إدارة وتوجيه وإشراف ، وتهيئة الفرص للخبرات المفضلة في حياتهم التي تشبع حاجاتهم، وتحقق أهدافهم وذواتهم من العوامل الهامة التي تساعد على سيادة جو من التفاهم والأمن والنظام في المدرسة عامة ، والصف خاصة ، ومع ذلك فقد تنشأ بعض المشكلات السلوكية لدى الطلبة ، ويكون ظهورها بفعل عوامل قد ترتبط بالمعلم وإدارته الصفة ، أو قد ترتبط بالأنشطة التعليمية الصيفية ، وقد تترجم عن تركيب الجماعة الصيفية .

وحتى تتم عملية ضبط السلوك الصفي للمضطربين لا بد من التعرف على: المدرسة، والصف ، والنظام الصفي ، ونوع القيادة ، والمعلم .

الإدارة الصيفية والنظام الصفي:

تشير الإدارة الصيفية إلى مجموعة النشاطات التي يسعى المعلم من خلالها إلى توفير جو صفي تسوده العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين المعلم وطلابه ، وبين الطلاب أنفسهم داخل غرفة الصف . ومن هنا، فهي عملية تهدف إلى توفير تنظيم فعال من خلال توفير جميع الشروط والظروف الالزامية لحدوث التعلم لدى الطلاب بشكل فعال .

ويتضح من هذا أن مفهوم إدارة الصيف يشمل حفظ النظام ، وتوفير المناخ العاطفي والاجتماعي الذي يشجع على التعلم ، وتنظيم البيئة الفيزيقية ، وتوفير الخبرات التعليمية

وتنظيمها وتوجيهها، وملاحظة التلاميذ ومتابعة تقدمهم وتقديرهم، وتقديم تقارير عن سير العمل وحفظ السجلات والملفات. (جرادات وأخرون، 1983)

والجدير بالذكر أن ضبط الطلاب في الصف أو خارجه يعتمد على الطلاب أنفسهم في الدرجة الأولى، وعلى شخصية المدرس بالدرجة الثانية، وعلى نظام المدرسة والوضع العام فيها، كتعاون المدرسين مع بعضهم البعض من جهة، ومع الإدارة من جهة أخرى، وتواجد التجهيزات التي يجب أن تتوافر في المدرسة من البيئة ، وملعب ومخابر ونوادي وغيرها. وقد وجد أن المناخ الاجتماعي للصف يختلف باختلاف أسلوب المعلم وشخصيته ونوع القيادة التي يمارسها، فإذا كان المعلم سلطانياً فإنه سيقوم بتربيه أطفال من نوع معين: سلوكهم سلبي فيه إحجام ، واتباعهم مشتت . ويعتمد الطفل هنا كلياً على القائد في اتخاذ القرارات ، والمبادرة ، وتشجيعه الطلبة لسلطة المدرس مما يضعف روح الإبداع والمبادرة ، كما أن القائد هنا هو مركز السلطة والضبط ، ويعتمد القوة الخارجية في تغيير السلوك ، وبالتالي يعتقد الطالب أن نظرته للعالم سليمة ، وأن السلطة ظالمة وعدوة له ، ويصرّ على سلوكه الدافعي ، ويزداد جموداً .

تسود الجلو الصفي في حالة المعلم الديقراطي العلاقات الديقراطية ، يهدف إلى تعليم قيمة الإنجاز ، وتحترم فيه شخصية المعلم ، وتسوده ممارسات التعزيز الإيجابي ، والتفاعل اللغطي التعددي ، وتهدف فيه النشاطات إلى تحقيق النمو المتكامل ، ونقل فيه الممارسات الآلية ، وتزيد فيه الخبرات والممارسات الإنسانية ، ويزداد فيه نشاط التعلم المهني والمنظم ، وتقدم فيه التغذية الراجعة ، ويشير فيه التعلم إلى سرعته الخاصة ، والتركيز فيه على المتعلم ونموه وتقديمه ، ويشارك فيه الطلاب في إدارة الصف ، فيتحرك الطلبة بحرية ، ويتفاعل أولياء الأمور مع المعلمين ويشاركون في التخطيط للأنشطة ، وتقدم فيه الخبرات لحل المشكلات ، ونقل فيه العقوبات ، وتتطور فيه تراكيب معرفية مثل الصدق ، والاحترام ، والمصلحة المشتركة ، وتسوده مهارات التفكير العلمي والبحث والتطوير . (قطامي ، 1989).

ومن هنا يتبيّن أن عملية حفظ النظام والضبط الصفي هي عملية تعاونية ، ويجب أن يكون هناك اتفاق على سياسة الضبط ووسائله ، وأن تكون النتيجة في النهاية الوصول إلى الضبط الذاتي للسلوك .

وهناك مجموعة ممارسات يمكن أن تؤدي إلى تشجيع حفظ النظام وصيانته وبالتالي زيادة أساليب الضبط الذاتي لدى الطلاب منها:

1. تشجيعهم على المشاركة في الموقف التعليمية.
2. تعزيز السلوك الإيجابي لديهم.
3. وقايتهم من العوامل المؤدية لظهور مشكلات سلوكية.
4. اعتماد أساليب العمل الديقراطي.
5. تشجيعهم على تحمل المسؤولية في إدارة الصف.
6. الإعداد المبكر للتدرس وتنوع الأنشطة التعليمية.
7. التعرف على مشكلاتهم وحلها، وتشجيعهم على المشاركة في اتخاذ القرارات.
8. تقبل مشاعرهم وأرائهم وأفكارهم في توضيع أهداف الموقف التعليمية، وتنظيم العلاقات الاجتماعية وتنميتها، واستخدام استراتيجيات تعليمية متنوعة، واستخدام أساليب تفاعل صافية قائمة على المشاركة والاتصال والتفاعل، ومعالجة حالات الفوضى بسرعة وحزم مع الاتزان الانفعالي، وتوضيع القواعد الأخلاقية ومعايير السلوك المرغوب فيه ومواصفاته، وتقديم مهام سهلة ومتعدة، وتحديد أنواع العقوبات والكافئات.

بالإضافة إلى تطوير أنظمة غرفة الصف وإجراءاتها بحيث تيسر التعلم، وتنظيم البيئة المادية للموقف التعليمي، وتوفير أجواء صافية تشجع المبادأة والتساؤل وتقبل المشاعر واحترام فردية كل طالب، ومساعدة ذوي الحاجات.

المشكلات السلوكية لدى الطلاب

يمكن تعريف المشكلات السلوكية بأنها عبارة عن شكل من أشكال السلوك غير السوي الذي يصدر عن الفرد نتيجة وجود خلل في عملية التعلم، وغالباً ما يكون ذلك على شكل تعزيز السلوك غير التكيفي، وعدم تعزيز السلوك التكيفي.

أما السلوك السوي فيعني ذلك السلوك المعبّر عن تكيف مناسب يكُون فيه التعامل بين الفرد ومحيّطه وبينه وبين نفسه تفاعلاً مستمراً.

إن الفرق بين السلوك السوي وغير السوي هو فرق في مدى تكرار السلوك ومدة حدوّنه، طبّوغرافيته، وشدّته.

المظاهر الشائعة للمشكلات السلوكية لدى الطلاب:

تظهر المشكلات السلوكية والسلوكيات غير السوية لدى الطلاب على أشكال متعددة، منها:

أ. اضطرابات غرفة الصف، وتمثل في: السلوك الوقع، وعدم الطاعة، والتهريج في الصف، ونوبات الغضب المؤقتة، وإزعاج الآخرين، والخروج من المقدّع.

ب. السلوكيات غير الناضجة، وتمثل في: النشاط الزائد، وتشتت الانتباه، والاندفاع والتهور، والاستهتار، وأحلام اليقظة، والصرارخ.

ج. السلوكيات الخطرة، وتمثل في: القلق، والتتوّر والمخاوف المرضية، وضعف تقدير الذات، والاكتئاب، والصمت الاختياري.

د. العادات المضطربة، وتمثل في: ضعف الأداء الأكاديمي، والتبول اللاإرادي، ومن الصعب، وقضم الأظافر، وأضطرابات النطق.

هـ. الاضطرابات في العلاقات مع الزملاء، وتمثل في: العدوان، وإصدار الأحكام العشوائية على الأشخاص، والانسحاب والخجل، والعزلة الاجتماعية.

وـ. الاضطرابات في العلاقات مع المعلّمين، وتمثل في: عدم القيام بالنشاط عندما يطلب المعلم، والكبت والاعتمادية. (Millman, Howard, 1981)

مصادر المشكلات الصيفية:

• مشكلات تُنجم عن سلوكيات المعلم، وهي: القيادة التسلطية، والقيادة غير الحكيمية، ونقلب قيادة المعلم، وانعدام التخطيط، وحساسية المعلم الفردية

والشخصية، وردود فعل المعلم الزائدة للمحافظة على كرامته، وعدم الثبات في الاستجابات، والاضطرابات، وإعطاء الوعود والتهديدات، واستعمال العقاب بشكل خاطئ.

• مشكلات تترجم عن النشاطات التعليمية الصافية، وهي: اضطراب التوقعات في كونها عالية أو منخفضة لدى الطلاب، وصعوبة لغة المعلم المستخدمة، وكثرة الوظائف التعليمية أو قلتها، وقلة الإثارة في الوظائف التي يحددها المعلم لطلابه، واقتصرار النشاطات الصافية على الجوانب اللغوية، وتكرار النشاطات التعليمية ورتابتها، وعدم ملاءمة النشاطات لمستوى الطلاب.

• مشكلات تترجم عن تركيب الجماعة الصافية، وهي: العدوى السلوكية وتقليل الطلاب لزملائهم، والجو العقابي الذي يسود الصف، والجو التنافسي العدوانى، والإحباط الدائم المستمرة، وغياب الاستعدادات للأنشطة والممارسات الديمقراطية، وغياب الطمأنينة والأمن. (قطامي، 1989).

هذا بالإضافة إلى المشكلات الناجمة عن الطفل المضطرب نفسه التي ترجع إلى انخفاض مستوى الذكاء، أو تأثير الأسرة والبيئة عليه كقلة الخبرات أو الحرمان.

أساليب معالجة المشكلات الصافية:

من أفضل الأساليب في معالجة المشكلات الصافية، استخدام أساليب الوقاية أساساً لمنع حدوثها، وتكون أساليب الوقاية بوضع قواعد للنظام الصفي، وصياغة تعليمات صافية يشارك الطلاب أنفسهم في وضعها، واستخدام تقنيات مختلفة، وإعطاء مهام مناسبة، وتحديد الأوقات المناسبة للمهام، واستخدام التعليمات غير اللغوية، وتعزيز السلوكات المرغوبة، وتطبيق التتابع، واستخدام أسلوب الدراسة الذاتية، والاهتمام بالتدريب الموزع.

استراتيجية تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الصافية:

يشير مفهوم تعديل السلوك إلى شكل من أشكال العلاج النفسي، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة. ويكون موضوع

الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ .. (Oleary & et all, 1977)

كما يشير المفهوم أيضاً إلى الطريقة في اختيار السلوك المرغوب فيه وتطوير خطة تعزيز هذا السلوك وتدعميه. (Ehlers & et all, 1973)

وتعديل السلوك يستخدم في مجالات مختلفة: في المجال التربوي، وفي البيت، وفي المجال الإكلينيكي . وهو أداة قيمة للمعلم موافقة وملائمة للأهداف الأساسية للتربية في تطوير مهارات جديدة، وفي تعديل مهارات موجودة. (Hallahan & Kauffman, 1991) ويستعمل تعديل السلوك في المدارس مع العاديين وغير العاديين من أجل تطوير مهاراتهم الذاتية، والاجتماعية، واكتساب سلوكيات أكثر ملاءمة.

الخطوات التنفيذية العامة لتعديل السلوك الصفي:

التعرف على المشكلة السلوكية وتحديدها، والاتفاق مع أولي الأمر على حل المشكلة السلوكية، وتحديد السلوك المكتسب بعد التعديل، وتحديد معايير تنفيذ السلوك الجديد وشروطه، وتحديد نوع التعديل وتصميمه الإحصائي، وتحديد المعززات المشروطة لتنفيذ التعديل، وتوفير البيئة المناسبة للتعديل، وتنفيذ خطة التعديل، وتقدير اكتساب الطالب للسلوك الجديد، وتدوين النتائج والملاحظات المرحلية لعملية التعديل. (حمدان، 1981)

إجراءات تعديل السلوك وأساليبه

أ. زيادة السلوكيات المرغوب فيها، وتتضمن: التعزيز، ويتضمن: التعزيز الإيجابي، والسلبي، وال التواصل، والقطع، والمعززات الأولية، والثانوية، والطبيعية، والاصطناعية. وبالنسبة لأشكال المعززات، فيمكن أن تكون غذائية، ومادية، ورمزية، ونشاطية، واجتماعية.

ب. تعلم سلوكيات جديدة، وتتضمن: الإجراءات التالية: التشكيل، والإخفاء، والتسلسل، والنماذج.

ج. تقليل السلوكات غير المرغوب فيها، وتتضمن: العقاب، والإطفاء، وتكلفة الاستجابة، والعزل، والتصحيح الزائد، والإشاع، والممارسة السلبية، وتغيير المثير، والتربيخ. (الخطيب، 1990).

استراتيجية تعديل السلوك Behavior Modification Strategy

تركز هذه الاستراتيجية على السلوك (المثير) والاستجابة، ويقول أصحاب هذه الاستراتيجية: بأن هناك تعلمًا خاطئًا للسلوك الملاحظ، ويمكن تغيير السلوك الملاحظ وتعديلاته وذلك بالتحكم بالثير، ويوصي السلوكيون بمقاييس دقيق للاحظة السلوك والحكم عليه. (Kauffman, 1978)

ويتحليل المهام إلى أجزاء منها إذ يقوم المعلم بتعزيز كل جزء، إما تعزيزًا إيجابياً أو سلبيًا مما يؤدي إلى استمرارية الفرد في أداء المهمة، وبالتالي تعديل مظهر السلوك المضطرب أو تغييره، ويؤكد (Axline, 1975) أن استخدام التعزيز الرمزي داخل غرفة الصدف يؤدي إلى تعديله. (Kirk, 1979)

ومن أساليب تعديل السلوك داخل غرفة الصدف ما يلي:

ا. التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

وهو إضافة أو ظهور مثير معين بعد السلوك مباشرة، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. (Kazdin, 1976)

ولزيادة فعالية المعززات الإيجابية في تعديل سلوك ما، يجب تقديمها مباشرةً بعد حدوث هذا السلوك المرغوب فيه، وخاصةً في بداية برنامج تعديل السلوك، لأن التأخير في تقديم هذه المعززات الإيجابية بعد حصول السلوك المرغوب فيه يقلل من أهميتها، وتتأثرها في ظهور سلوكات أخرى غير مرغوب فيها في تلك الفترة الزمنية الفاصلة بين حدوث الاستجابة وتقديم المعززات الإيجابية.

ومن أشكال المعززات الإيجابية: المعززات الغذائية، والمادية الرمزية، والنشاطية الاجتماعية.

ب. التعزيز السلبي Negative Reinforcement

يشير هذا المفهوم إلى وجود أحداث مؤللة يمكن إزالتها أو التخلص منها بعد حدوث استجابات محددة من قبل الفرد. (Bergan, 1977)

ومن أشكال التعزيز السلبي: السلوك الهروبي، والسلوك التجنبـي، والثير المؤلم.

ج. العقاب Punishment

هو الحادث أو المثير الذي يؤدي إلى أضعاف بعض الأنماط السلوكية أو كفها، وذلك إما بتطبيق مثيرات منفرة غير مرغوب فيها على هذه الأنماط، أو بحذف مثيرات مرغوب فيها (معززات إيجابية) من السياق السلوكي بحيث يتزع السلوك موضع الاهتمام إلى الزوال.

ومن أشكال العقاب: العبارات الكلامية، والصدمة الكهربائية، والعزل، وثمن الاستجابة، والتصحيح الزائد.

هـ. العزل Time - Out

وهو شكل من أشكال العقاب، وتزال فيه كافة المدعمات الإيجابية فترة من الوقت، ولا يكون لدى الطفل أية مدعمات مألوفة تكمن عنده خلال هذه الفترة، مثلاً يعزل الطفل مدة 5 دقائق بحيث لا يستطيع الاختلاط بغيره، وهناك طريقة أخرى بحيث لا يؤخذ الطفل من الموقف، بل يعزل جانباً ليراقب الأطفال الآخرين. واستخدمت هذه الطريقة للتخفيف من السلوك الفوضوي بين الأطفال من سن ستة إلى ثلاـث سنوات، حيث ينقل الطفل الذي يصدر عنه مثل هذا السلوك خارج محـيط اللعب كـي يراقب الأطفال الآخرين فترة زمنية أقل من دقيقة عادة. (Kazdin, 1976) غير أنه يجب الأخذ بعين الاعتـبار أن أسلوب العزل غير فعال للأشخاص الانسحابيين بطبعـتهم، ومن المحتمـل أن يزيد من انسـحابـهم.

و. ثمن الاستجابة Response Cost

يشير مصطلح ثمن الاستجابة إلى فقدان مدعم إيجابي أو إلى عقوبة تتضمن بعض العمل والجهد. ويتطلب ثمن الاستجابة دفع مثل الغرامـات في حالة مخالفـات السـيـر،

فالعقاب هنا دفع ثمن للاستجابة غير المناسبة، وقد لاحظ الباحثون أن هذه الطريقة يستعملها الآباء مع أطفالهم عند الشراء، وقد أخبر الآباء أطفالهم أنهم سيعطون مبلغاً من المال إذا التزموا الهدوء داخل المحل، وبخسرون مبلغاً معيناً من المال على كل سلوك فرضي. وقد أظهرت النتائج أن دفع الغرامات قد قلل، وأن السلوك غير الملائم داخل المحلات قد قلل تدريجياً.

ز. التصحيح الزائد Over Correction

ويكون العقاب هنا لممارسة سلوك غير مرغوب فيه هو إظهار سلوك آخر في المواقف مثل كتابة الأغلاط الإملائية. وهناك نقطتان في التصحيح الزائد وهما: إصلاح البينة، وإبراز السلوك الإيجابي.

لقد استخدم (Fox, Azreen, 1972) أسلوب التصحيح الزائد مع امرأة عمرها خمسون عاماً وهي معاقة عقلياً، كانت تنخرط في قلب الفراش يومياً وعدة مرات، ونفذ معها برنامج التصحيح الزائد، بحيث كان يطلب منها أن تصصح الفراش في كل مرة تظهر فيه السلوك الفرضي، وبعد أحد عشر أسبوعاً من التدريب توقفت عن رمي الأشياء وقلب الفراش. (Kazdin, 1976)

بعض الاعتبارات الأخلاقية في معالجة السلوك:

يجب أن توضع الإرشادات التالية بعين الاعتبار عند تطبيق أساليب العلاج السلوكي:

أولاً: المعلم كنموذج وقائد: المعلم عنصر هام في مجال حياة الطفل، ولا بد أن يحتاج أي برنامج إلى معلمين قادرين على التصرف بإيجابية وفعالية مع الأطفال، ويجب أن يكون لديهم سمات شخصية مشتركة حتى يكونوا معلمين ناجحين، ومنها:

- الاستبصار الذاتي - التقبل الذاتي والثقة بالنفس والواقعية.
- حب سلوك الأطفال وقبوله.

• حب الاستطلاع والرغبة في التعلم - الصبر مع أنفسهم وعلى طلابهم.

• المرونة والدعابة.

ثانياً: التأهيل والوقت: بحيث يعبر المعلم عن التقدم البطيء الذي يحتاج إلى الوقت.

ثالثاً: الضبط الذاتي: التبيجة المرغوبة لعلاج السلوك هي الوصول إلى الضبط الذاتي، ويجب أن يكون الضبط الذاتي تطريعاً كذلك البعد عن العقاب والانضباطية القاسية.

رابعاً: الأغراض أو الأهداف: الاهتمام بالأغراض التي تمثل البيئة اليومية والأسوبعينة والتي تشكل الهدف العام.

خامساً: التعاطف وليس العطف والشفقة: إن العطف يضع المعلم في موقف عاطفي يمنعه من التحليل الموضوعي لسلوك الطفل، ويجب تجنب العلاقات المبنية على العطف والاتجاه إلى التعاطف.

سادساً: الحرية والاستقلال في التصرف: تشجيع الأطفال على النمو والتعلم دون مساعدة المعلم ضمن الحدود المعقولة.

سابعاً: التوقعات.

الحدود المعقولة.

بعض المبادئ المتعلقة بالحقوق الفردية:

هناك ثلاثة مبادئ يجب اتباعها من قبل الأشخاص في المهن المساعدة، وهي تخدم كل قرارات العلاج السلوكي التي يعرفها المعلمون في صنوف التعليم العادي والخاص:

• مبدأ التطبيع: إعطاء المضطرب الفرصة لتحقيق ذاته قدر الإمكان الذي نعطيه للإنسان الطبيعي.

• العدالة: حق وجود جلسة عادلة لتقديم دليل ، واستئناف قرار معاكس .

وكثيراً ما يتم تطبيق التدخل العلاجي بشكل استبدادي واعتباطي دون دليل قوي على أن الطفل يظهر السلوك المطلوب ، والاستمرار في تطبيق التدخلات التي تؤدي إلى حرمان الطفل من الحصول على النجاح في المدرسة فقط .

إذا كان علينا أن نطبق مبدأ العدالة فإنه يتوجب علينا أن نبني جميع القرارات من وجهة نظر الطفل (ماذا يحتاج هذا الطفل؟) .

• مبدأ احترام كرامة الفرد وقيمه . (Walker & Shea, 1980)

... لا بد لمعلم التربية الخاصة أو معلم المضطربين سلوكياً وانفعالياً من اهتمامه بالاستراتيجيات التالية لضبط السلوك الصفي :

1. الاستراتيجية التطورية *Developmental Strategy*

يعتبر (Hewett, 1968) المنظم لهذه الاستراتيجية وذلك لتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وقد أسس نظام لهذه الاستراتيجية ، الذي يتكون من :

1. الانتباه *Attention*

2. الاستجابة *Response*

3. التتابع *Order*

4. الاكتشاف *Exploratory*

5. الاجتماعية *Social*

6. الاتقان *Mastrey*

7. التحصيل *Achievement*

ولتعليم الطفل المضطرب ، يجب مراعاة تتابع هذه الخطوات ، وحتى يكون التعليم فعالاً يجب أن نأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

1. اختيار المهمة المناسبة.
2. اختيار المكافأة المناسبة عند إنجاز المهمة.
3. المحافظة على درجة من الضبط داخل غرفة الصدف.

ويؤكد Hewett على ترتيب الصدف للمضطربين كما يلي:

- أ. مركز الإتقان: Mastrey Center: ويصمم من أجل المهارات الكتابية والقراءية والحساب.
- ب. مركز التتابع والتنظيم: Order Center: ويصمم من أجل تدريب الأطفال على متابعة التعليمات وضبط سلوكاتهم.
- ج. مركز الاكتشاف: Exploratory Center: ويصمم من أجل العمليات العلمية والفنية ومهارات الاتصال، حيث يوضع الطفل في المركز المناسب ليتلقى المهمة التي يحتاجها، عندما يكون جاهزاً لتعلمها، وأن يكملها بنجاح وينال مكافأته.

(Kirk, 1979)

2. الاستراتيجية البيئية The Ecological Strategy

يؤكد أصحاب هذه الاستراتيجية بأن مشكلة الأطفال المضطربين تتفاعل مع عناصر البيئة مثل: الأسرة، والمدرسة، والمجتمع، والإطار الاجتماعي السائد في المجتمع، ويقترحون بأن تكون التدريبات التربوية ذات استراتيجية بحيث يتفاعل الطفل مع النظام الاجتماعي الموجود، وأن يكون ذلك العمل مشتركاً بين المدرسة والأهل، وذلك لتغيير بعض السلوكيات لدى الطفل. (Kauffman, 1982)

وعند اختيار الموقف التعليمي اقترح Haring & Phillips ما يلي:

1. موقف الصدف: يجب أن يكون ضمن مدرسة عادية.
2. حجم الصدف: أن يتسع لجميع الإمكانيات والأدوات المتاحة.
3. عدد الأطفال: يتراوح ما بين 8-10 طلاب.

4. البرنامج الصفي صباحا للموضوعات الأكاديمية، وبعد الظهر لباقي المواضيع.
(Shea, 1978)

3. الاستراتيجية النفسية الدينامية: Psychodynamic strategy:

ويشير أصحابها إلى أن مشكلة الاضطراب تكمن في عدم التوازن في الأجزاء الدينامية في الدماغ، وكذلك في مكونات الشخصية (الهو، والأنا، والأنا الأعلى). لذلك فالأساس الأولي هو تعليم الطفل كيف يساعد نفسه ويدرك حاجاته الخاصة ورغباته ومخاوفه.

ويقول (Newman, Morse, 1971) عن هذه الاستراتيجية بأنها تدعى النظرية التربوية، حيث إن المعالج هو المعلم، لأنه يركز على الشخص نفسه، ومنهاجه، وخبرات النجاح لديه، والعالم الحاضر، واللاشعور. ونستخدم هذا الاتجاه لمساعدة الطفل المضطرب لكي يكون مدركاً لما حوله وأن يوجد لديه استبصار. وتشير آنا فرويد (Anna Freud, 1954) إلى أنه يجب علينا استخدام تكتيكات الأسلوب النفسي الديناميكي، ونبسطه مع هؤلاء الأطفال، لذلك فإن الاتجاه الفرويدي يقول: بأن نعمل على زيادة مستوى الانتباه، ليس على الماضي بل المشاعر الحالية والتركيز على النتائج لإعادة الانتباه بالبيئة المحيطة بالفرد. (Kirk, 1989)

4. الاستراتيجية النفسية التربوية Psycho Educational Strategy

يشير هذا الاتجاه إلى الظروف التربوية التي يوضع بها الطفل، مما يؤدي إلى تفاعله وزيادة إنتاجه في ذلك الوضع التربوي، وتؤكد على أن كل طفل لديه قوى فطرية بiological كامنة، بحيث تعمل هذه القوى على عمل ما يسمى مجموعة مبكرة من الخبرات والطموحات وإدراك الفرد لذاته، مما يؤدي إلى تحديد السلوكيات الجيدة.

وعند دخول الطفل إلى المدرسة، يتوقع منه أن يمتلك المهارات الاجتماعية والقرائية، التي تسمح له بأن يمتلك الصفات والسلوكيات الجيدة لكي تؤهله للتعامل في البيت والمدرسة والمجتمع. وضعف الفرد يأتي من عدم قدرته على المعاونة بين متطلباته الداخلية والخارجية، مما يؤدي إلى إصابته بالقلق والإحباط والفشل والاضطراب في السلوك التكيفي (Kirk, 1989).

إدارة الصدف في المدرسة العادية:

يوجد الأطفال ذوي المشكلات السلوكية غالباً في صدوف عادية، ويتعلمون عن طريق معلم الصدف العادي، ولتحقيق مبدأ الدمج يجب إعداد المعلم في الصدف العادي وتدريسه على طريقة التعامل مع هؤلاء الأطفال، وفي حالة وجود معلم الصدف العادي، فإن ما يلي يساعد في ضبط السلوك الصافي:

- ضرورة التنسيق بين المدرس العادي ومدرس التربية الخاصة للطفل ومع الطبيب النفسي، والأخصائي النفسي، والتعرف على المعلومات التي لديهم بخصوص هذا الطفل.
- تبليغ الطفل بأن هناك سلوكيات متوقعة، وعليه أن يسلكها ويحافظ عليها.
- أن تكون هذه التوقعات واضحة ومؤكدة، وعدم ترك الأمور لتخمينات الطفل حول ما يدور في ذهن المعلم، ويرويه المعلم.
- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه.
- التوقعات الواقعية لسلوك الطفل حسب قدراته.
- أن يتعرف المعلم مع الطفل على البيئة المحيطة (البيت، والمعلمين) التي تسبب المشكلة، والعمل على محاولة تغييرها ما أمكن. (Walker & Shea, 1980)

وبالنسبة لأنظمة صدوف المضطربين سلوكياً وانفعالياً الأخرى فهي:

هناك أنظمة مختلفة لصどفهم ومن بينها:

1. الصدف الخاص - class

ويكون هذا النظام ملحاً ضمن المدرسة العادية، نعمل بعض هذه الصدوف ضمن اليوم الدراسي، وببعضها يلحق في المراكز الداخلية ويحتوي هذا الصدف من 10-8 طلاب من الصباح ولغاية بعد الظهر، ويحتوي الصدف على الوسائل والأدوات الازمة والمساعدة، ويحمل المعلم على:

1. تقييم الطفل بواسطة الاختبارات المفتوحة وغير المفتوحة لاختبار القدرات الحركية والمعرفية والأكادémية لدى الطفل.
2. تطوير أهداف عامة للطفل.
3. وضع خطة تربوية لكل طفل بحيث تقابل احتياجاته الخاصة والسلوكية.
4. تطوير الأدوات التي تحقق الاحتياجات التربوية الفردية والجماعية.
5. تنظيم البيئة الصفية بحيث تقابل احتياجات الطفل.
6. العمل على تدريب الأهل.
7. العمل على الدمج الجزئي ، والكامل ، في المدرسة العادية.
8. مراقبة سلوك الأطفال خلال النشاطات المستقلة خارج غرفة الصف مثل: الموسيقى ، والرحلات ، والرياضية ، والغذاء ، وغيرها.
9. مراقبة مهارات العناية بالذات ، والعناية المنزلية ، مثل العناية بالحيوانات.
10. مراقبة المهارات الكتابية والإدراكية وجمجم التقويد (Shea,1978)

ب. غرفة المصادر Resource Room

يلحق هذا النظام المدرسة العادية، وتخدم غرفة المصادر من 40-10 طالبا حيث يعتمد العدد على طبيعة الاضطراب لدى الأطفال وشدة ت.

ومن مميزات غرفة المصادر:

1. توفر جواهر التعليم الفردي المباشر وبنسبة 75% من اليوم.
2. تمحض الطالب للمدرس في الصف العادي، وذلك بسبب التغيرات الانفعالية المفاجئة، التي تميز الطالب المضطرب.
3. تزود المعلمين بمعرفة نتائج الطلاب وذلك لزيادة دافعيتهم.
4. تقيم تقدم الطالب ضمن غرفة المصادر وضمن الصف العادي.

5. تناقش الآباء والمعلمين معاً، وكل على حدة لتوضيح تقدم الطالب، وذلك مرة في الشهر أو كل 8-10 أسابيع.

ووظيفة معلم غرفة المصادر كالمعلم المرشد، يزود الطالب بما يحتاج إليه في الوقت والمستوى المناسب لذلك.

الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة:

1. أن يتم التعليم بشكل فردي.
2. عدم مشاركة الطلاب في الصدف العادبة حتى يتعلموا بعض المهارات الأولية الضرورية.
3. وضع الأطفال في مدارس خاصة.
4. يجب أن يتميز مدرس هذه الفئة بالعطاء والحنان وذلك لمساعدة هؤلاء الأطفال، وأن يكون قادر على استخدام تكتيكات تعديل السلوك.
5. يجب أن تحتوي مناهج هذه الفئة على المهارات الأساسية اليومية واللغة والمهارات الأكادémية.
6. أن يتحلى المدرس بالصبر والمثابرة.

الاعتبارات التربوية عند تدريس المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة:

1. الميل إلى تقليل استخدام المراكز والمدارس النهارية وأسلوب العزل، ويمكن استخدام غرفة المصادر في تعليم هذه الفئة لبعض الوقت، ودمجهم في الصدف باقي الوقت.
2. مناهج الأطفال في الصدف الخاصة، يجب أن تكون موازية لمناهج الأطفال العاديين بحيث يتم تعليمهم القراءة والكتابة والحساب.
3. يجب أن يتحلى مدرس هذه الفئة بالصبر وتحمل المسؤولية.

الاعتبارات التربوية عند دمج الأطفال ذوي الاضطرابات في المدارس العادية:

1. على مدرس الأطفال العاديين أن يسأل مدرس التربية الخاصة عن سلوك الطفل المضطرب ليكون توقعاته عنه .
2. أن يكون للمدرس توقعات خاصة عن سلوك الطفل وتحصيله .
3. أن يتعرف المدرس على الاتجاهات السلبية الموجودة عند الطفل من قبل البيئة الاجتماعية .
4. يجب أن يعلم الطفل في أول لقاء بينهما أن هناك معياراً للسلوك يجب أن يحافظ عليه .
5. على المدرس أن يعلم الطفل عن ماهية الأشياء المسموح بها وغير المسموح بها .
6. يجب أن يكون هناك قواعد عامة للسلوك ، فعلى المدرس أن يطبق مبدأ الثواب والعقاب في حال ظهور السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه . (Kauffman, 1982)

الفصل السادس

بعض أشكال الأضطرابات السلوكية والانفعالية

• مقدمة

• النشاط الزائد

تعريفه، ومظاهره، وأسبابه، وقياسه وتشخيصه، وأساليب ضبطه.

• العدوان

تعريفه، ومظاهره، وأسبابه، وقياسه وتشخيصه، وأساليب ضبطه.

• الانسحاب

تعريفه، ومظاهره، وأشكاله، وأسبابه، وقياسه وتشخيصه،
وأساليب ضبطه.

• التوحد (الأوتزم)

تعريفه، ونسبة انتشاره، والسلوك خلال السنة الأولى من العمر،
والسلوك من سنة وحتى خمس سنوات من العمر، وأسبابه،
والتشخيص ومشاكله، والتصنيف وعلاقته بالاضطرابات الأخرى،
والعلاج، واستراتيجيات التعليم.

مقدمة

كثيراً ما يجد المعلم نفسه أمام بعض الأطفال والراهقين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية تتعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على جوانب حياتهم الشخصية والاجتماعية والأكاديمية. ولا ترجع هذه الاضطرابات إلى نمط واحد، ولا تقف عند حدود معينة من التعقيد، كما أنها تتفاوت في الآثار السلبية التي تتركها على حياة الطالب وأسرته ومجتمعه.

يؤثر بعضها على سير العملية التربوية داخل غرفة الصف، والبعض الآخر لا يؤثر.

يحاول هذا الفصل استعراض أمثلة على الاضطرابات السلوكية والانفعالية الخارجية (النشاط الزائد والعدوان)، والداخلية (الانسحاب) وكذلك مثال على الاضطرابات السلوكية والانفعالية قليلة الحدوث (التوحد).

النشاط الزائد Hyperactivity

استخدمت عدة مصطلحات للإشارة إلى هذا الاضطراب، ومن هذه المصطلحات الحركة الزائدة، والنشاط المفرط، والتلف الدماغي البسيط.

تعريف النشاط الزائد

يمكن تعريف النشاط الزائد على أنه نشاط جسمي وحركي حاد، ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ، أو قد تكون لأسباب نفسية. ويظهر هذا السلوك غالباً في سن الرابعة حتى سن ما بين (14-15) سنة. (دليل التربية الخاصة، 1993)، (Shea, 1978).

وعندما يرتبط سلوك النشاط الزائد بالمشكلات المتعلقة بضبط السلوك الصفي، فإنه

يمكن تعريفه إجرائياً على أنه: الخروج من المهد والتحدث دون استئذان ، والتجول في غرفة الصف وإلقاء الأشياء على الأرض ، والإزعاج اللفظي وما إلى ذلك من الأفعال غير الانضباطية .

فالنشاط الزائد هو زيادة في النشاط عن الحد المقبول بشكل مستمر ، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون متناسبة مع عمره الزمني ، فعلى سبيل المثال: الأطفال في سن الثانية تكون حركتهم نشطة جداً نحو استكشاف البيئة ، لما في ذلك مناسبة لعمرهم الزمني ، إلا أن نشاطاً مساوياً لهذا من قبل طفل عمره عشر سنوات خلال المناقشة الصحفية يعتبر نشاطاً غير مناسب . (السرطاوي ، سيسالم ، 1987).

مظاهر النشاط الزائد

يظهر سلوك النشاط الزائد من خلال المظاهر المتمثلة بسلوك الفوضى والمشي في غرفة الصف ، والتحدث إلى الزملاء ، وعدم الامتثال للتعليمات ، ونقل المهد من مكان إلى آخر أو تغييره ، ومخاوفه الصف دون استئذان ، والكتابة على الحائط ، والتأخر عن موعد الدرس ، وهز الجسم أثناء الجلوس ، وأخذ ممتلكات الآخرين ، وإصدار أصوات غير مفهومة ، والضحك بطريقة غير مناسبة ، واللعب بمتلكات الغير ، والغناء والصفير ، والتململ بعصبية .

كما ترافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها: عدم التنظيم ، والتهور والاندفاع ، والقلق ، والعصبية ، والقابلية للإثارة ، وعدم القدرة على الانتباه ، والضعف الشديد في التركيز ، ونوبات الغضب الشديدة ، وتصيرفات غير متوقعة ، وتغيرات ملحوظة في المزاج ، وعلاقات اجتماعية مضطربة ، والعدوان ، واضطرباب في الوظائف الحركية وغيرها من الخصائص . وهذا كلّه يقود إلى ضعف في التحصيل الدراسي وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخرى . (Shea, 1978)

أسباب النشاط الزائد

حاولت نظريات متعددة تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه ، وتشير تلك النظريات

إلى جملة من الأسباب المفترضة للنشاط الزائد، ولما كانت نتائج الدراسات التربوية قد أخفقت في دعم أي من هذه الأسباب المفترضة، يميل الباحثون إلى الاعتقاد بأن النشاط الزائد ليس نتيجة عامل واحد، بل هو نتاج عدة عوامل تتفاعل مع بعضها ، ومن هذه العوامل :

1. العوامل الجينية

أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الزائد، ولكنها فشلت في التوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية .

وبحذر الإشارة هنا، إلى أن الدراسات الجينية الخامسة لم تفز بعد في مجال النشاط الزائد، فالميكانيزمات الجينية يجب أن تعرف بدقة قبل أن يتم التتحقق من وجودها، وإذا كانت الدراسات قد افترحت العناصر الجينية فهي لم تثبت ذلك حتى الآن .

2. العوامل المرضية

أشارت مجموعة من الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطاً زائداً هم أطفال تعرضوا أكثر من غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفاً دماغياً، ومن الأسباب نشاط الجزء تحت القشرى في الدماغ، أو نتيجة ضعف عصائى يعود لأسباب متباينة، مثل الأورام، أو نقص الأكسجين في الأنسجة، ولكن دراسات أخرى وجدت أن النشاط الزائد ليس عرضًا ضروريًا أو شائعاً من أعراض التلف الدماغي. (الخطيب، 1993)

3. العوامل النفسية

أ. المزاج: قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة ، وخاصة عندما يمتنع الوالدان من التهيج الإضافي الذي قد يسببه هؤلاء الأطفال ، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض ، وبالتالي انخفاض تقدير الذات ، وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل ، ومع الاعتقاد بدور أنماط المزاجية في إحداث سلوك النشاط الزائد لدى الطفل ، فإن المزاج بمفرده لا يحدث سلوك النشاط الزائد .

ب. التعزيز: قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراريته، ففي مرحلة ما قبل المدرسة، يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيزه، والمشكلة هنا عندما يتقل هذا الطفل إلى المدرسة وتفرض عليه القيود والتعليمات، فالتغلب في هذه الحالة لم يعتمد على هذا الموقف، ومن هنا يصبح أكثر نشاطاً يحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة، ولسوء الحظ، فإن الطفل قد يحظى فعلاً بالتعزيز عندما يكون نشطاً في غرفة الصف، مما يؤدي بدوره إلى زيادة مستوي النشاط الزائد لديه.

ج. النتيجة: أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطاً يزيد مستوي نشاطه ويصبح قريباً من الطفل الأكثر نشاطاً. وقد يكون الوالدان بمنابه غواصة لمستوى نشاط الطفل، وقد يعلمان على تعزيزه. على أي حال فلا توجد أدلة علمية كافية تدعم هذا الافتراض.

4. العوامل البيئية

يعتقد أن العوامل البيئية تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى سلوك النشاط الزائد، ومن هذه العوامل:

أ. التسمم بالرصاص: فقد وجدت بعض الدراسات أن وجود نسب عالية من الرصاص في دم الطفل يؤدي إلى النشاط الزائد وضعف الانتباه والاندفاع، والأدلة على هذا الافتراض لم تثبت بعد.

ب. الإضاءة: التعرض للإضاءة العادمة (كالإضاءة المستخدمة في غرفة الصف) والإضاءة المبعثة من جهاز التلفاز، قد تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطاً زائداً أو ضغوطاً بيئية تغير طبيعة الجسم، فيتسع النشاط الزائد. ولا توجد أدلة علمية كافية لدعم هذا الافتراض. (الخطيب، 1993)

ج. المواد المضافة للطعام: قد أشارت بعض الدراسات إلى أن النشاط الزائد لدى الأطفال قد يرتبط بتناولهم الطعام الذي يحتوي على المواد الحافظة والصابغة التي

تصنيف النكبات المختلفة، إضافة إلى حامض السالسليك، وبالمقابل، فقد وجدت دراسات أخرى أنه لا دليل على صحة هذه المعلومات. (برامج في تعديل السلوك، 1988).

قياس النشاط الزائد وتشخيصه

يمكن التعرف على سلوك النشاط الزائد عن طريق قوائم الشطب، وبالتالي إيجاد ضوابط تحكم هذا السلوك فيما بعد.

ولا بد من تقييم الطفل تقييماً شاملًا، ويوجد عدد من المقاييس التي يمكن استخدامها للتعرف على وجود هذا السلوك عند الطفل، ويعتبر مقياس (Conners) واحداً من الأدوات الحديثة المعروفة في هذا الصدد.

طرق ضبط النشاط الزائد

مهما يكن سبب سلوك النشاط الزائد عند الطفل، فإن هذه الحالة كثيرة ما تعيق النشاط الصفي، وتؤثر بشكل مباشر على أداء الطلبة، وعلى مقدرة المعلم على تسيير أمور صفة على الوجه الأكمل. تشير الدراسات إلى أن هذه الظاهرة تحتاج إلى تدخل علاجي سريع و مباشر من قبل المعلم، وذلك باتباعه أساليب تعديل السلوك المختلفة بدلاً من اللجوء إلى الأدوية والعقاقير والعلاجات المختلفة.

ومن طرق تعديل السلوك المتعلقة بالنشاط الزائد:

1. طريقة التنظيم الذاتي: تشمل طريقة التنظيم الذاتي على الملاحظة الذاتية، والمتابعة الذاتية، والتعزيز الذاتي.

ويمثل المبرر الأساسي لاستخدام هذه الطريقة، لمعالجة النشاط الزائد في افتراض أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة، يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى، دوغاً تدخل علاجي خارجي، والتحكم بهذه التغيرات، وضبط سلوكه بناء على ذلك.

2. طريقة التعزيز الرمزي: يستخدم مصطلح التعزيز الرمزي للإشارة إلى مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تشمل توظيف المعززات الرمزية لتحقيق الأهداف المنشودة، والمعززات الرمزية هي: رموز يمكن توفيرها مباشرة بعد حدوث السلوك، ويتم استبدالها في وقت لاحق بمعززات مختلفة. ومن الرموز التقليدية المستخدمة في برامج التعزيز الرمزي: الكوبونات، والطوابع، وقصاصات الورق، والقطع البلاستيكية، والأزرار... وغير ذلك من الرموز. (الخطيب، 1993).

على الرغم من أن أخصائي تعديل السلوك أو المعلم يستطيع استخدام عدد من المعززات الرمزية، إلا أنه يفضل استخدام الرموز التي تتصف بما يلي:

1. أن يكون الرمز مأمون الجانب فلا ينطوي إعطاؤه للطفل على أية مخاطر.
2. الامتناع عن استخدام الرموز التي تثير دهشة الطفل، بحيث تدفعه إلى النظر إليها بشكل مستمر أو فراءة ما كتب عليها... إلخ.
3. أن تكون الرموز غير ثمينة، بحيث يمكن الحصول عليها بسهولة نسبياً.
4. استخدام الرموز التي لا تختلف بسهولة، والتي يمكن الاحتفاظ بها فترة زمنية طويلة نسبياً وقابلة للنقل.
5. استخدام الرموز التي يمكن الوصول إليها بسهولة وسرعة، من أجل تقديمها للطفل بعد حدوث السلوك.
6. استخدام الرموز التي يمكن تخصيصها وقيمتها لكل طفل، وذلك بألوان وأحجام وأشكال مختلفة.
7. استخدام الرموز التي يسهل على المعلم تسجيل المعلومات المتعلقة بها.
8. أن تكون ذات فائدة في تعليم الطالب المهارات المختلفة.
3. طريقة الاسترخاء: تطلق هذه الطريقة من افتراض مفاده أن الاسترخاء العضلي يهدئ الطفل ويقلل من تشتته، كما تتضمن هذه الطريقة استخدام الخيال، بهدف

مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث على الراحة في نفوسهم في أثناء الاسترخاء. في دراسة قام بها (كلاين ودفنباش) تم استخدام الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى (24) طفلاً بنجاح، منطلقين من افتراض أن الاسترخاء العضلي لا بد أن يؤدي إلى تقليل التوتر وزيادة درجة الهدوء لدى الطفل كثيراً.

4. أسلوب التغذية الراجعة: استخدم كل من (شولمان، وسوران) جهازاً كهرونياً يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتاً مسموعاً)، ويعني صدور هذا الصوت أن مستوى النشاط الحركي عند الطفل مرتفع، وفي هذه الحالة يتمنع المعالجون عن تعزيز الطفل. في حين أن عدم صدور الصوت كان يعني أن مستوى النشاط الحركي لدى الطفل منخفض، وبالتالي يعمل المعالجون هنا على تعزيز الطفل.

--- العدوان (Aggression) ---

يعتبر السلوك العدوانى أحد المخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً، إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هداماً ومزعجاً في كثير من الأحيان. من هذا المنطلق، فقد انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك، وذلك لأن التائج المترتب عليه تعدد أكثر خطراً على المجتمع من التائج المترتب على نتائج السلوكات الأخرى التي يتصف بها الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعالياً.

تعريف السلوك العدوانى

التعريف التقليدي للسلوك العدوانى هو: أي سلوك يعبر عنه بأى رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين، أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين، فالعدوان سلوك وليس انفعالاً أو حاجة أو دافعاً.

أشار كل من ميلر ودنفر (1982) إلى أن هناك خمسة مهارات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدتها، وهذه المهارات هي :

1. نظر السلوك.
2. شدة السلوك.
3. درجة الألم أو التلف الماحصل.
4. خصائص المعتدي.
5. نوايا المعتدي.

مظاهر السلوك العدوانى

يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية :

1. العدوان الجسدي: ويقصد به السلوك الجسدي المؤذن الموجه نحو الذات أو الآخرين، ويهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف، ومن الأمثلة على ذلك: الضرب، والدفع، والركل، وشد الشعر، والعض... إلخ. وهذه السلوكات ترافق غالباً نوبات الغضب الشديدة.

2. العدوان النفسي: ويفتر عن حدود الكلام الذي يرافق الغضب، والشتم، والسخرية، والتهديد... إلخ. وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف، وهو كذلك يمكن أن يكون موجهاً للذات أو للآخرين.

3. العدوان الرمزي: ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم، كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكنّ العداء له، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له، أو النظر بطريقة ازدراء وتحقير. (Hallahan & Kuffman, 1991), (Shea, 1978)

وقد يأخذ العدوان شكلين آخرين وهما:

1. العدوان الاجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذنة التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين.

2. العدوان الاجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذنة التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم غيره.

وقد يكون العدوان مباشرةً أو غير مباشر:

فالعدوان المباشر هو: الفعل العدوانى المرجح نحو الشخص الذى أغضب المعتدى فتسبب في سلوك العدوان.

أما العدوان غير المباشر فيتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيهه نحو الشخص الذى تسبب في غضب المعتدى، غالباً ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

وقد يكون العدوان متعيناً أو غير متعيناً، فالعدوان المتعيناً يشير إلى الفعل الذى يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين.

أما العدوان غير المتعيناً، فيشير إلى الفعل الذى لم يكن الهدف منه إلحاق الأذى بالآخرين، على الرغم من أنه قد تنتهي عملياً بإلحاق الأذى أو إتلاف الممتلكات.

ويميز علماء النفس كذلك بين نوعين من العدوان: العدوان المعادى والعدوان الوسيلى.

العدوان المعادى: موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط.

أما العدوان الوسيلى: فيقوم به الطفل بداعي الحصول على شيء ما، أو استرداد شيء ما، وعادةً ما يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه.

كما يذكر البعض ثلاثة أنواع من العدوان تلاحظ لدى الطلبة:

عدوان ناتج عن استفزاز، حيث يدافع الطالب عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

وعدوان ناتج عن غير استفزاز: حيث يهدف الطالب من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاظتهم أو التسلط عليهم.

أما العدوان المصحوب بنوعية الغضب، فيلجأ الطالب من خلاله إلى تحطيم الأشياء من حوله، ويفيد هنا بأنه لا يستطيع أن يضبط غضبه. (دليل التربية الخاصة، 1993).

وأخيراً، لا بد هنا من الإشارة إلى العدوان السلبي، وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل وملئين، حيث يشعر الطالب بأنهم ظالمون مستبدون، وأنه قد أسيئت معاملته من قبل هؤلاء الم Harmful، وهنا يخاف الطالب من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فيلجأ إلى إظهار هذا العدوان على شكل خداع مبطئ، كأن يتعمد إحضار الكتاب الخاطئ إلى الصيف، أو تجاهل الواجبات المدرسية، أو إضاعة السطر أثناء القراءة، أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر من أجل الذهاب إلى دوره المائيه . . . إلخ.

أما باترسون وأخرون (Patterson & Others, 1986) فقد وصفوا أشكال السلوك العدواني كالتالي :

1. السب والاستهزاء، كأن يذكر الفرد الواقع أو المعلومات بلهجة سلبية.
2. التحفيز، وهو إطلاق العبارات والشتائم التي تتقصص من قيمة الطرف الآخر وتجعله موضعًا للسخرية والضحك.
3. الاستفزاز بالحركات، كالركض في الغرفة أو الخطط على الأرض بقوة.
4. السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص لآخر لإلحاق الأذى به.
5. التدمير، وهو تدمير أشياء الآخرين وتخريبها.
6. التزمر بالأراء وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر دون مناقشة.

أسباب العدوانية

باعتبار العدوان أحد الظواهر والمواضيع النفسية الهامة لما يترتب عليه من آثار مدمرة على الفرد نفسه وعلى الآخرين، فقد اهتم به علماء النفس، وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم وأتجاهاتهم، وعلى الرغم من هذا الاهتمام، إلا أن تفسيرات علماء

النفس حول هذا السلوك متباعدة، ويرجع هذا التباين إلى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس.

1. **النظرية السلوكية:** تنظر هذه النظرية السلوكية إلى السلوك العدواني على أنه سلوك تعلمه العضوية، فإذا ضرب الولد شقيقه مثلاً وحصل على ما يريد، فإنه سوف يكرر سلوكه العدواني هذا مرة أخرى لكي يتحقق هدفاً جديداً. من هنا، فالعدوان هو سلوك يتعلم الطفل لكي يحصل على شيء ما.

2. **نظرية التحليل النفسي:** يرى فرويد صاحب هذه المدرسة، أن سلوك العدوان ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت، حيث يسعى الفرد إلى التدمير سواء تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، حيث إن الطفل يولد بداعم عدواني، وتعامل هذه النظرية كذلك مع سلوك العدوان بأنه استجابة غريزية وطرق التعبير عنها متعلمة، فهي تقول: بأنه لا يمكن إيقاف السلوك العدواني أو الحد منه من خلال الضوابط الاجتماعية أو تجنب الإحباط، ولكن ما نستطيع عمله فقط هو تحويل العدوان وتوجيهه نحو أهداف بناءة بدلاً من الأهداف التخرية والهدمية. (Clarizio & Mccoy, 1993)

3. **النظرية الفسيولوجية:** يعتبر مثلاً الاتجاه الفسيولوجي أن السلوك العدواني يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف في الجهاز العصبي (التلف الدماغي)، ويرى فريق آخر بأن هذا السلوك ناتج عن هرمون التستيرون (Tastesterone) حيث وجدت الدراسات بأنه كلما زادت نسبة هذا الهرمون في الدم، زادت نسبة حدوث السلوك العدواني.

4. **نظرية الإحباط:** ترى هذه النظرية أن سلوك العدوان يتجزأ عن الإحباط، أي أن الإحباط هو السبب الذي يسبق أي سلوك عدواني، فالإنسان عندما يريد تحقيق هدف معين ويواجه عائقاً يحول دون تحقيق الهدف، يتشكل لديه الإحباط الذي يدفعه إلى السلوك العدواني، لكي يحاول الوصول إلى هدفه أو الهدف الذي سيخفف عنده من مقدار الإحباط، وقد يكون هذا الإحباط ناتجاً عن المعاقبة الشديدة غير الصحيحة للعدوان في المنزل، مما يسبب ظهوره خارج المنزل. مع

هذا ، فقد تبين بشكل واضح أن هذه النظرية غير كافية لتفسير جميع السلوكيات العدوانية. (Clarizio & Mccoy, 1993)

5 . نظرية التعلم الاجتماعي : ترى هذه النظرية بأن الأطفال يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم ورفاقهم ، حتى النماذج التلفزيونية . . . ومن ثم يقومون بتقليدها ، وتزيد احتمالية مارستهم للعدوان إذا توفرت لهم الفرصة لذلك ، فإذا عوقب الطفل على السلوك المقلد ، فإنه لا يميل إلى تقليده في المرات اللاحقة ، أما إذا كرر في عليه فسوف يزداد عدد مرات تقليده لهذا السلوك العدوان ، هذه النظرية تعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفل السابقة ولعوامل الدافعية المرتكزة على التتابع العدوانية المكتسبة ، والدراسات تؤيد هذه النظرية بشكل كبير ، مبينة أهمية التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدوان ، حتى وإن لم يسبق هذا السلوك أي نوع من الإحباط (Hallahan & Kauffman, 1991) .

قياس السلوك العدوانى وتشخيصه

تعتبر عملية قياس السلوك العدوانى من إحدى الصعوبات التي يواجهها المهتمون بدراسة هذا السلوك ، وذلك لأن هذا السلوك معقد إلى درجة كبيرة ، ولعدم وجود تعريف إجرائي محدد له . بعدها لذلك ، فطرق القياس مختلفة وهي دون شك تعتمد على النظرية التي يدرس الباحث سلوك العدوان في ضوئها . ومن طرق قياس السلوك العدوانى :

- أ. الملاحظة المباشرة .
- ب. قياس السلوك من خلال نتائجه .
- ج. المقابلة السلوكية .
- د. تقدير الأقران .
- هـ. اختبارات الشخصية .
- و. تقدير المعلمين (قوائم التقدير) .

ومن القوائم السلوكية المعروفة في هذا المجال، المقياس الذي طوره

(Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, and Williams, 1986)

(Clarizio & Mccoy, 1993)

طرق ضبط السلوك العدواني

من أساليب ضبط السلوك العدواني ما يلي:

1. التعزيز التفاضلي: ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها. وقد أوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال هذا الإجراء، ففي دراسة قام بها براون وإليوت (Brown & Elliot) استطاع الباحثان تقليل السلوكات العدوانية اللغظية والجسدية لدى مجموعة من الأطفال في الحضانة خلال اتباع المعلمين لهذا الإجراء، حيث طلب منهم الثناء على الأطفال الذين يتفاعلون بشكل إيجابي مع أقرانهم، وتجاهل سلوكاتهم عندما يعتدون على الآخرين.
2. الحرمان المؤقت من اللعب: ويستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص والألعاب الجماعية، وقد استخدم بريسكلاد وجاردنر (Brisklad & Gardener) هذا الإجراء مع طفولة عمرها ثلاثة سنوات تجرب الصراخ ورمي الأدوات وإيذاء الآخرين من زملائها، وكانت النتيجة تقليل سلوك العدوان عند الطفلة من 45% إلى 41% بعد هذا الإجراء.
3. تقليل الحساسية التدريجي: ويتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدواني وتثريه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية الالزامية، مع تدريسه على الاسترخاء، وذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة ويطريقة تدريجية، وذلك لواجهة الموقف التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني. (دليل التربية الخاصة، 1993).

4. أسلوب العزل وثمن الاستجابة: ويتم هنا التوضيح للطفل بأن قيامه بالسلوك العدواني لا يؤدي فقط إلى عدم الحصول على مكافآت، بل إن نتائج سلوكه هذا تعني العقاب.

5. إجراء التصحيح الزائد: وهو قيام الأطفال بسلوكيات بديلة للسلوكيات العدوانية بشكل متكرر، مثال ذلك: عندما يقوم الطفل بأخذ الأشياء بالقوة من زملائه، يطلب منه إعادةتها والاعتذار للمعلمين والزملاء على سلوكه الخاطئ، ويشتمل التصحيح على ثلاثة عناصر أساسية هي:

أ. تحذير الطفل العدواني لفظياً وذلك بقول: لا... ويتوقف عن هذا في حالة اعتدائه على طفل آخر.

ب. الممارسة الإيجابية: وتشتمل على الطلب من الطفل لفظياً أن يرفع يده التي ضرب بها الطفل الآخر وأن يتزلاها أربعين مرة مباشرة، بعد قيامه بالسلوك العدواني.

ج. إعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك العدواني، وذلك من خلال اعتذار الطفل المعتدي إلى الطفل المعتدى عليه مرات عدّة.

6. النملجة: تعتبر طريقة النمذجة من أكثر الطرق فعالية في تعديل السلوك العدواني، ويتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل، وذلك في ظروف استفزازية ومثيرة للعدوان، ويمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل استجرار سلوكيات غير عدوانية. ويمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف.
(Hallahan, Kauffman, 1991)

7. توفير طرق لتغريب العدوان: وهنا يتم تقديم وسائل بديلة متنوعة من أجل التخلص من الغضب أو تغريب التزعّمات العدوانية مثل اللعب، والتمرينات الرياضية... إلخ.

الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal

تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية، والانطواء على الذات، والانسحاب الناجح عن القلق.

ماذا يقصد بالانسحاب الاجتماعي؟

عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي بأنه: نمط من السلوك، يتميز عادةً بابعاد الفرد عن نفسه، وعن القيام بمهام الحياة العادلة، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادلة، ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحياناً الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد.

أما كيل وكيتال (Kale , Kayeetal) فقد عرفا الانسحاب الاجتماعي تعريفاً إجرائياً مفاده: "الأطفال المنسحبون اجتماعياً، هم أولئك الذين يظهرون درجات متلذذة من التفاعلات السلوكية والاجتماعية".

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة، هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقات مع الأقران، إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزal عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاتكارات بما يحدث في البيئة المحيطة. وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة، ويستمر فترات طويلة، وربما طوال الحياة.

مظاهر الانسحاب الاجتماعي

تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي بالعزلة، وانشغال البال، وتجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين، أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياب لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحياناً عدم الشعور بالسعادة،

ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على سلوكيات أخرى مثل: الفلق، والكسل أو الخمول، والخوف من التعامل مع الآخرين، والخوف من العقاب، وعدم الوعي للذات وإدراكتها، والبطء والتلعثم في الكلام، والشعور بالنقص والدونية، وسهولة الانقياد، والخوف من الكبار، وحب الروتين، وعدم الاستجابة للتغيير، والتعبير اللغطي المحدود، ومصطلح الأصيبيع. (دليل التربية الخاصة، 1993) (Shea, 1978), (Stainback & Stain-back, 1980).

والطفل المنسحب أو المنطوري في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به، فهو لا يثير المشاكل ولا الضوضاء داخل غرفة الصف، وكثيراً ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه طفل غير قادر على التواصل، وأنه خجول وحزين، وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية، وفي تكوين علاقات مع الآخرين. ويكون الأفراد المنسحبين عادة طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم، وأصدقاؤهم قليلون، ونادراً ما يلعب هؤلاء مع الأطفال الذين هم من نفس عمرهم، كما تقصصهم المهارات الاجتماعية الازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعدهم تنمو لديه مخاوف مرضية لأسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتعارض للايابعد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعدهم ينكس إلى مراحل مبكرة من النمو ويطلب المساعدة من الآخرين. (Hallahan, Kauffman, 1991).

يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى عدد محدود جداً من العلاقات الاجتماعية، حيث يظهر هؤلاء الانطواء والحزن وعدم التفاعل. ويسبب الانسحاب الاجتماعي ابتعاد الأقران عن الطفل المنسحب، وعدم اللعب معه سواء في البيت أو في المدرسة، كما أن انسحاب الطفل وابتعاده يتسبب في عدم النضج الاجتماعي، وعدم قدرة على تقليل الأدوار الاجتماعية، ونقصاً في التعلم والإدراك الاجتماعي والنمو المعرفي. أما الانسحاب الاجتماعي الشديد فيتضمن عدم الاتصال بالحقيقة، وتطوير عالم خاص والاستغراب الشديد في أحلام اليقظة لدرجة قد تؤدي إلى الوصول بالطفل إلى حالة التوحد. كما أن الأطفال المنسحبين اجتماعياً من هذا النوع، يفتقدون الثقة بالآخرين، وهم غير مبالين، ولا يشتكون مطلقاً في المناسبات الاجتماعية.

كما يميل المراهقون المنعزلون إلى تجنب المشاركة في المناقشة الصحفية، ولا يطلبون المساعدة من قبل المعلم أو المرشد أو المدير، حتى عندما تواجههم مشكلة ما، كذلك فإن لديهم اتجاهات سلبية نحو أعضاء هيئة التدريس والزملاء والمدرسة بشكل عام. ويتميز هؤلاء بالتردد والتشاؤم حول المستقبل، وعدم الثقة التي قد تصل إلى درجة الشك والسخرية من دوافع الآخرين، وإدراك المجتمع على أنه غير ثابت وملئ بالأشخاص غير الموثوق بهم.

كذلك يجد الأشخاص المنسحبون اجتماعياً صعوبة في تقديم أنفسهم للأخرين، وفي إجراء اتصالات هاتفية، وفي المشاركة في مجموعات. ومن هنا فإنهم يميلون إلى قضاء أوقاتهم في التسلية الفردية، أو ممارسة النشاط الفردي كمشاهدة التلفاز أو الاستماع للراديو أكثر من قضايهم الوقت في التسلية مع الآخرين.

أشكال الانسحاب الاجتماعي

صنف جرينورود وأخرون (Greenwood, et al, 1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صفين هما:

1. الانسحاب الاجتماعي: ويتمثل في الأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي إلى عدم تطوير مهاراتهم الاجتماعية، والخوف من التفاعلات الشخصية.

2. العزل الاجتماعي أو الرفض: وهو يتمثل في الأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سلبية، مما أدى إلى انسحابهم وانزعالهم.

ويصنف كلّ من كوك وأبولوني (Kook, Appolloni) الانسحاب الاجتماعي التفاعلي (Interaction-Social) بالاعتماد على تكرار حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به الطفل ونسبةه، أي عدد المرات التي يقوم بها الطفل بنشاطاته مثل تغريد كرة إلى الآخرين، والابتسامة، والقيام بالألعاب الاجتماعية المشتركة مع الآخرين. وقد وجد أن

هذا الأسلوب (أسلوب التكرار والنسب) له فائدة في التشخيص الإكلينيكي للانسحاب الاجتماعي.

أما جوتمان (Gottman)، فقد استخدم لتصنيف الانسحاب الاجتماعي، مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية مثل: الشهرة، والسمعة، وتكوين صداقات مع الآخرين، والرفض لمجموعات الأقران.

أسباب الانسحاب الاجتماعي

يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهراً من مظاهر سوء التكيف لدى الأطفال، وهو نمط سلوكى شائع يمكن أن يتبع عن عدة عوامل منها:

1. وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي، أو خلل، أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.

2. وجود نقص في المهارات الاجتماعية، وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين، وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية.

3. خوف الطفل من الآخرين، كما أن خبرات التفاعل الاجتماعي السلبية المبكرة مع الأخوة أو الرفاق، تجعل الطفل يتأثر ويتعد عن مخالطة الآخرين.

4. عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين، وكذلك تعرضه للأذى والألم يسبب له سلوكاً انسحابياً، حيث لوحظ أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يظهر أكثر عند الأطفال الذين تتعانى أمهاتهم وأباًوهم من اضطرابات سلوكية.

5. رفض الآباء لأبنائهم -سواء كان ذلك مقصوداً أو غير مقصود- قد يقود إلى الانسحاب إلى عالم الأمان وأحلام اليقظة. كذلك فإن رفض الوالدين لرفاق الطفل يشعره بشكل مباشر أو غير مباشر، بأن الأصدقاء الذين اختارهم غير جيدين بما فيه الكفاية، مما يتبع عنه شعور الطفل بتدني مفهوم الذات لديه، وكذلك ميله إلى العزلة وتطور الرغبة لديه على الرضا، وتصبح العلاقة مع الآخرين لا قيمة لها بالنسبة له.

6. العادات والتقاليد السائدة في بيضة الفرد، بالإضافة إلى نمط الحياة العائلية، وبخاصة ازدواجية المعاملة بمعنى الضرب والعقاب والتجاهل تارة، والمكافأة والتعزيز تارة أخرى، كل ذلك قد يدفع بالطفل إلى سلوك العزلة الاجتماعية.

7. الخجل: وهو من أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعاً، حيث يتحول هذا العامل دون التعبير عن وجهة النظر لدى الفرد الخجول، ويتحول كذلك دون التفكير والحديث عن الحقوق بصوت عالٍ، كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد وتكونين صداقات جديدة.

8. وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء، فعلى سبيل المثال، يميل الأطفال المعوقون عقلياً إلى الانسحاب والانزواء والبعد عن نشاطات الحياة، فهم يكتفون بالمرأبة والملاحظة والشروع الذهناني، والسبب في ذلك كثرة خبرات الفشل المتكرر، ومواقف الإحباط التي يتعرضون لها.

أما المعاقون سمعياً الذين يعانون نقصاً واضحاً في قدراتهم اللغوية وصعوبة في التواصل مع الآخرين، فإنهم يعيشون في عزلة عن الأفراد السامعين الذين يعجزون عن فهمهم، ولهذا السبب يميل هؤلاء الأفراد إلى الانعزال بسبب تعرضهم المستمر لمواقف الإحباط والشعور بالخرج مما يدفعهم إلى بناء علاقات اجتماعية مع الأفراد من الفئة العمرية نفسها، ويكون ذلك على حساب العلاقات الاجتماعية مع الأشخاص السامعين.

ولا يختلف الأمر كثيراً عند المعاقين بصرياً، في بعضهم يتصرف بتلذتي مفهوم الذات وعدم الثقة بالنفس، والإحساس بالفشل والإحباط: ذلك كله ينعكس سلباً على مواقفهم من الآخرين وردود الأفعال المتزمرة من الآخرين نحوهم. كذلك تؤدي الإعاقة الجسمية إلى شعور الفرد بالحساسية الزائدة وتجنب الآخرين خوفاً من التحديق بهم وملاظحتهم لردود فعل الآخرين نحو الإعاقة الجسمية الظاهرة، التي ما تنتهي غالباً على العطف والشفقة أو الرفض، وهذا بدوره يمنع الأطفال المعاقين جسمياً من اللعب أو حتى إظهار بعض نشاطاتهم، مما يجعلهم يفضلون العزلة على تحمل نظرات الرفض أو العطف من الآخرين.

والإعاقات الخفية أيضا مثل: صعوبات التعلم، والمشكلات اللغوية التي تؤدي إلى ابتعاد الطفل عن مخالطة الآخرين، وتجنب المواقف الاجتماعية. (داود، حمدي، 1989).

قياس الانسحاب الاجتماعي وتشخيصه

هناك ثلاثة أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال وهي:

1. **الللاحظة الطبيعية:** وهي الأكثر استخداماً، وتتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري، حيث إنها تتضمن ملاحظة أنمط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر. كذلك فإن هذه الطريقة تمكن الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر، ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بسلوكه، وذلك له أهمية كبيرة في تحليل السلوك، وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة.

2. **المقاييس السيمومترية:** وتعرف هذه الطريقة باسم (ترشيح الأقران)، تشمل تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل، وقد أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع.

3. **تقدير المعلمين:** تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية التي يقوم المعلمون باستخدامها لتقدير الانسحاب الاجتماعي للأطفال، وتشمل هذه القوائم جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار الطفل لها.

(Greenwood, et al, 1977)

ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك الانسحاب الاجتماعي، القائمة التي أعدها كل من - روس، ولاسي، وبارتون.. (Ross, Lacey, ., Parton, 1965)

أساليب ضبط سلوك الانسحاب الاجتماعي:

تعتبر أساليب تعديل السلوك من الأساليب التي أثبتت فعالية عالية في خفض سلوك الانسحاب الاجتماعي بشكل ملحوظ، ومن هذه الأساليب:

1. تشكيل السلوك: (تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب للطفل مع أقرانه)، ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية:

- أ. تحديد السلوك المستهدف وتعريفه، أي تحديد السلوك الاجتماعي النهائي المراد الوصول إليه، وتعريفه بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي اجتماعي.
- ب. تحديد السلوك المدخلني وتعريفه عن طريق اختيار استجابة فرية من السلوك الاجتماعي المستهدف، وذلك من أجل تعزيزه وقويته بهدف صياغة السلوك النهائي، وتسمى هذه الاستجابة بنقطة البداية أو السلوك المدخلني.
- ج. اختيار معززات فعالة، وذلك للمحافظة على درجة عالية من الدافعية لدى الطفل، وهذا بدوره يتطلب اختيار المعززات المناسبة في الوقت المناسب.
- د. الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلني إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعا.
- هـ. الانتقال تدريجياً من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر للسلوك الاجتماعي المرغوب فيه. (الخطيب، 1990)

2. النمذجة: ويكون ذلك لمساعدة الطفل المنسحب اجتماعياً على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعياً مع أقرانه بطريقة جيدة، وقيام الطفل بتقليل السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، ومن ثم تعزيزه بالطرق المختلفة. ومن أهم العوامل التي تزيد من فعالية طريقة النمذجة في خفض السلوك الانسحابي لدى الطفل ما يلي:

- أ. جاذبية النماذج المستخدمة على أن تكون ذات مكانة كبيرة عند الطفل، ومن نفس الجنس.
- ب. قدرة الطفل المنسحب على تقليل سلوك النموذج، والاستمرار بأداء السلوك بعد اكتسابه.

3. التلقين والإخفاء: التلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تقييدية إضافية مساعدة، وذلك بهدف زيادة احتمالية أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف. ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع هي:

- التلقين الجسدي : Physical Prompts يشتمل على لمس الطفل جسديا بهدف مساعدته على أداء السلوك ، كالمشاركة في الألعاب الجماعية والمسابقات الاجتماعية بشكل مناسب .

- التلقين اللغطي : Verbal Prompts يشتمل على تعليمات لفظية تساعد الطفل في القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب .

- التلقين الإيمائي : Gestural Prompts وهو تلقين من خلال الإشارة أو النظر باتجاه معين ، أو بطريقة معينة .

أما الإخفاء: فهو الإزالة التدريجية للتلقين ، وذلك بهدف مساعدة الطفل المنسحب على أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية ، ويتم ذلك عن طريق تحديد المثيرات التمييزية الطبيعية التي ستعمل على ضبط الاستجابة بعد التوقف عن استخدام المثيرات التمييزية المساندة ، ثم تحديد خطوات الإخفاء ، فبعد أن يتضح أن الاستجابة المستهدفة أصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة التلقين ، هنا يمكن البدء بإخفاء التلقين تدريجيا .

4. التعزيز الإيجابي: وتمثل هذه الطريقة بالانتباه للطفل عند اقترابه من الآخرين وتفاعله معهم ، وتعزيز ذلك إيجابيا من قبل المعالج ، حيث يقوم بالمبادرة إلى التفاعل الإيجابي مع الطفل حتى يستجيب له . والتعزيز الإيجابي : هو إضافة مثير معين بعد صدور الاستجابة المرغوبة مباشرة ، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة ، مثل الثناء على الطفل عند قيامه بالمشاركة ، والتفاعل مع أقرانه في أثناء اللعب الجماعي .

في دراسة قامت بها ((لين وأخرون) ، وأجريت على طفلة في الرابعة من عمرها تعانى من السلوك الانسحابي وعدم التفاعل مع الأطفال الآخرين ، تمت مراقبة الطفلة أيام عددة ، فلوحظ أن عدم انتباه المعلمين لها كان العامل الذي جعلها تستمر في الانعزال عن الأطفال ، ولهذا قرروا أن يجعلوا انتباه المعلمين لتلك الطفلة متوقفا على تفاعلها مع الأطفال فقط ،

استمر العلاج ستة أيام، زادت خلالها نسبة تفاعل الطفلة مع الأطفال الآخرين إلى درجة كبيرة، مقارنة بما كانت عليه أثناء مرحلة ما قبل المدرسة. (دليل التربية الخاصة، 1993)

5. تنظيم ظروف البيئة: تنظيم الأحداث والمثيرات القبلية في البيئة الاجتماعية للطفل، وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الأطفال الآخرين، مما يساعد في ظهور السلوكيات المقبولة تدعيم ثقة الطالب بنفسه من خلال مواقف صافية، تعتمد على المشاركة والاحترام المتبادل.

6. التدريب على المهارات الاجتماعية: ويكون ذلك باستخدام التمذجة ولعب الأدوار والتعليمات والتغذية الراجعة والتعزيز كزمرة علاجية واحدة متعددة العناصر، وذلك لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب.

7. تدريب الرفاق: يتم بهذه الطريقة تدريب الأطفال الذين يتلقون مهارات اجتماعية متطرورة على التفاعل مع الأطفال المنسحبين، وعلى وجه التحديد، قد يتم تعليم الأطفال وتدريبهم على الاستجابة بطريقة إيجابية للطفل المنسحب، عندما يقترب منهم أو يحاول التفاعل معهم. ويطلق على الطفل الذي يتم تدريمه للعمل على تعديل سلوك الطفل المنسحب اسم الشريك. (الخطيب، 1993).

تعريف التوحد (الأوتزم) **What Is Autism?**

أوتزم الطفولة إعاقة مثيرة للحيرة، وقد تم وصفها عام 1943م من قبل الدكتور Loe kanner، وهو أول بروفيسور في مجال الطب النفسي للأطفال (Cohen, & Coparalo, 1975) لقد أشار كانر (Kanner) من خلال ملاحظته لسلوكيات عدد من الأطفال عددا من الصفات السلوكية التي تبدو له غير عادية، حيث شملت هذه السلوكيات الفشل خلال الطفولة في استعمال الكلام كوسيلة اتصال، وعدم القدرة على استخدام مفاهيم غير محسوسة، وعدم الوعي بالناس، واستخدام الوتيرة نفسها في النشاط، وعدم اللعب بطريقة إبداعية "خيالية" بالألعاب مع الأطفال الآخرين. (Wing, 1976)

إن الرأي السائد والمقبول حالياً، هو أن هناك مجموعة من أنماط السلوك الملاحظة تتعارض مع التألف أعراضًا طبية لأوتزم الطفولة.

وقد أثبتت التاريخ الطبي أن التسمية والتعرف للأعراض لها فوائد كثيرة، حيث إنها وفرت اكتشاف الأسباب الأولى وطرق التأهيل والوقاية، كما أظهرت الأسباب المرضية والأسباب الاجتماعية. (Wing, 1976)

في أول دراسات (Kanner) عن الأعراض لأوتزم الطفولة (1943-1949)، هناك نقاط اعتبرها أساسيات مهمة في وضع التخمين وهي :

1. ضعف شديد في التواصل الفعال مع الأشخاص الآخرين.
2. رغبة مفرطة للمحافظة على الروتين والرتابة.
3. الإعجاب بالأشياء التي تمسك باستخدام العضلات الدقيقة.
4. نوع من اللغة لا يبدو أنه يخدم الاتصال الشخصي الداخلي.
5. مستوى من الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة، وتظهر من خلال مهاراتهم على الاختبارات الأدائية.

لقد أكد (Kanner) أن الأنماط السلوكية موجودة منذ الطفولة المبكرة، وهي في معظم الحالات تظهر قبل سن سنتين، ويمكن للأم أن تلاحظ منذ الولادة أن هناك شيئاً ما غير عادي عند الطفل، ولكنها لا تستطيع تفسير ذلك.

وقد تلاحظ الأم ذلك من خلال ذبول الطفل، وعدم انتباذه، وعدم ارتياده بين يديها، وعدم توجيه نظره إليها عندما تقوم بارضاعه، ومن خلال بكائه المستمر دون سبب. وفي حالات أخرى وعند الإدراك بأن الطفل ينمو بشكل غير طبيعي، وبطيء. وقد تمر ستة أو ثلث سنوات قبل أن يدرك الوالدان بشكل أوضح بأن هناك مشكلة ما. (Cohen & Coparulo, 1975)

يعتبر كانر (Kanner) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد

كان ذلك سنة (1943)، ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة لهذا الاضطراب مثل توحد الطفولة المبكر (Early childhood Autism) أو (Early Infantile Autism) أو ذهان الطفولة (Childhood Psychosis)، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي، عندما عرف الفحصام، وفي ذلك الوقت كان يستخدم التوحد كوصف لصفة الانسحاب لدى الفحصامين، ثم أصبح هذا المصطلح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب بأكمله. (القربيوني وأخرون، 1995).

ومع ظهور تعاريفات عدة للتوحد، فإن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديون هو الأكثر قبولاً بين المهنيين. (National Society for Autistic children)، وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً، ويتضمن الاضطرابات التالية:

1. اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
2. اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
3. اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
4. اضطراب في التعلق أو الانتهاء للناس والأحداث والمواضيع.

بينما عرفت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) للتوحد بأنه اضطراب غائي وليس انتهاكياً (APA, 1987).

ويعرف التوحد على أنه حالة غير عادية، لا يقيم فيها الطفل أية علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً، والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ.

ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء، فقد يكون هؤلاء طبيعين أو ذكياء جداً أو متخلفين عقلياً. (الرزاز، وشرف الدين، 1994).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism society of America) (ASA) فتعرف التوحد على أنه إعاقة في النمو، تتصف بكونها مزمنة وشديدة، تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر. وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ. (John-
son, & Dorman, 1996)

نسبة الانتشار

تقدر نسبة حدوث اضطراب التوحد لدى الأطفال (2.500-1)، وهو أكثر شيوعاً في حالات (PKU) (التي تبلغ 1500-1) وأقل من نسبة حدوث الملغولية التي تبلغ (Knablock, 1983) (1-700).

يظهر هذا الاضطراب عند الذكور بنسبة أعلى من الإناث (1-4)، ولا يميز في انتشاره بين الطبقات الاجتماعية ولا بين الأجناس ولا الخلفيات الثقافية. (Johnson& Dorman, 1996)

وتحذر الإشارة إلى أن هذا الاضطراب قد يظهر لدى أكثر من طفل واحد في العائلة نفسها، وهذه حالة نادرة الحدوث، وتنظر بين شدیدي الإعاقة بنسبة 25%-40%， وكذلك فإن حوالي 80%-70% تكون لديهم أعراض التوحد في مرحلتهم العمرية الأولى. (Cohen & Coparulo, 1975).

السلوك خلال السنة الأولى من العمر:

من الصعب القول بدقة ما هي المظاهر التي تكون للأطفال المتوحدين في فترة النمو الأولى من النمو العادي، أي قبل أن يصبحوا متوحدين وذلك لأن الوالدين يشيرون في بعض الحالات إلى مظاهر من عدم النمو السوي حتى قبل ظهور الأعراض. بعض أطفال التوحد نادراً ما يكون أو يطلبون أي انتباه، والبعض الآخر يكون على التقييد، فيبدلون غير مرتاحين ويصرخون فترات طويلة، ولا يستطيع الأهل إراحتهم مهما قدموا لهم.

غالباً ما يواجه هؤلاء الأطفال مشكلات وصعوبات في إطعامهم ونومهم، وبعد فترة يمكن أن تظهر لديهم الاهتزازات (Rocking)، وضرب الرأس (Head Banding)، وهناك نقص في الاتصال الاجتماعي، وهذا أمر يكون واضحاً لديهم حتى وهم أطفال.

وقد يظهر هؤلاء الأطفال اهتماماً قليلاً بالصوت البشري. بعض الأطفال التوحد لا يهتئون أنفسهم لعملية الحمل، وعلى التقييس من ذلك نجد أن بعضهم يستمتعون بعملية الحمل والمرجحة. ومن الممكن أحياناً أن يتسموا، وقد ينمون في الأوقات المتزقة كالمشي مثلًا.

هؤلاء الأطفال ليس لديهم فضول لاكتشاف البيئة، ولا يشيرون إلى أشياء يريدونها، ولا يجذبون انتباه آبائهم بغضون مشاركتهم في الاهتمام بشيء ما، أو حدث ما، ومن الممكن أن يلعبوا باللعبة نفسها مرات عديدة.

في بعض الحالات، هناك تاريخ مبكر للاهتمام ببعض الخبرات الحسية المحددة، مثل أن يحدق الطفل في مصباح فترات طويلة، أو ينظر إلى جزء محدد من نطع معين في ورق الجدران.

هناك بعض المخاوف التي ليس لها تفسير عند هؤلاء الأطفال، فقد كان أحد الأطفال التوحد يصرخ بشدة كلما رأى إيريق شاي فضي أمامه، ولم يكن يتوقف عن الصراخ حتى يؤخذ من أمام بصره. (Wing, 1976)

السلوك من سنة وحتى 5 سنوات من العمر

إن أنماط سلوك الطفل التوحد في هذه الفترة تكون واضحة حيث يمكن رؤية ملامح هذه الخصائص في سن ستين ونصف وحتى خمس سنوات، وقد عبر بعض الآباء عن مشاعرهم بهذه الفترة بالقول: إن الأطفال تكون لهم في هذه الفترة طلبات غير معقولة، ولديهم نوبات من المخاوف. وهذا الطفل في المقابل لا يعطي أي شيء، ولا يشعر بوجود أحد سواه.

إن كل بند السلوك التي ذكرت سابقاً تكون شائعة بين الأطفال التوحدين، ولكن من النادر أن يظهر الطفل كل هذه الملامح في وقت واحد.

النمو الحركي عادة ما يكون متأخراً، لكنه يكون ضمن المدى الطبيعي، كما يكون الكلام متأخراً في الغالب على الرغم من أنه قد أبلغ في بعض الأحيان عن حالات طورت

غم الغرب يا عاديا في عمر سنة إلى ستين، ثم توقف بعد ذلك، وإذا كان لدينا تاريخ مفصل عن هذا الكلام المبكر، فإنه غالباً ما يكون تردادياً. (Wing, 1976)

خصائص التوحد (الأوتزم)

لقد طور (Mildred Creak) صفات أربع من خصائص أطفال التوحد، وذلك بناء على الأعراض التالية:

1. الفشل في إقامة تواصل إنساني أو اجتماعي يصاحب نقص في تقليد السلوك والتعلم.
2. ضعف في مقدار الدافعية، ويتضمن الفشل في اكتشاف الأشياء في البيئة، وضعف في السرور عند إنجاز المهام البيئية باتفاق.
3. اضطرابات في الإدراك، ويتضمن تجنب الطفل للمثيرات السمعية والبصرية.
4. خلل في تطور الوظائف المعرفية، فهناك هوة أساسية بين المثيرات الداخلية والخارجية، وهناك عدم وعي لفاهيم الزمان والمكان. كما أن اللغة لا تتطور بشكل ملائم.

وقد سمي هذا الطفل بالطفل الآلي (Whittaker, 1990) (Mechanical boy)

كما قسمت (Lorna Wing 1976) الاضطرابات إلى قسمين هما: اضطرابات أساسية، واضطرابات ثانوية، وذلك على أساس أن الاضطرابات الثانوية هي سلوكية، يمكن التنبؤ بها كنتائج لأشكال الاضطرابات الأساسية الموجودة لدى أطفال التوحد.

وقد استنتجت (لورنا) الطبيبة النفسية للأطفال والأم لطفل متوحد، أن الأطفال الذين تظهر عليهم علامات التوحد، يمكن اعتبارهم أشباه متوحدين من عينة (914) طفلًا معروفاً أن لديهم مشكلة، وقد اخترات ودرست 64 حالة وصفتهم ك الآتي:

- لديهم مشكلة كبيرة في الاتصال اجتماعياً مع غيرهم، ولا يتباينون، وليس لديهم قدرة على الاتصال المباشر مع الآخرين.

- بما أن لديهم مشكلة في اللغة والاتصال، فإن لديهم صعوبة في الفهم واستخدام الإشارات، وليس لديهم تعابير بالوجه إذا قاموا بالاتصال عن طريق العين بالعين.
- ليس لديهم أي اهتمام بالألعاب أو الخيال. (Knablock, 1983) وتدذر دي مير (Demyer, 1979) أن الأفراد الذين يعانون من التوحد لديهم مشكلات سلوكية واضحة منذ الولادة تبدو عند النوم وعند تناول الطعام وعند ارتداء الملابس وعند تعلم المهارات الاستقلالية والمهارات اللغوية والاجتماعية. وينذر (هيرورد وزميله، 1988) أن هناك خمسة مظاهر تميز حالات التوحد وهي:
 - ضعف الاستجابة الحسية نحو الآخرين، إذا لا يستجيب الطفل للمثيرات الحسية التي تصدر أمامه، كالحديث معه أو الابتسام له.
 - الانسحاب التام أو العزلة التامة من الواقع الاجتماعية.
 - إثارة الذات وبخاصة أشكال الإثارة المتكررة لتحريك أيديهم وأرجلهم.
 - إيذاء الذات وبخاصة الإيذاء الجسدي، إلى درجة نزف الدم أو العض.
 - الاعتماد على الآخرين حتى في مهارات الحياة اليومية، كتناول الطعام والشراب والاستحمام. (Heward & Orlansky, 1988)

وأيضاً من الأعراض الأخرى للتوحد:

- اضطراب معدل النمو للمهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.
- استجابات شاذة للخبرات الحسية، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر كالبصر، والسمع، واللمس، والتوازن، والاستجابة للألم، وغير ذلك.
- الافتقار إلى مهارات الكلام واللغة أو تأخيرها، على الرغم من توافر القدرات العقلية المحددة.
- طرق شاذة في التعامل مع الناس والأشياء والأحداث.

وقد يحدث التوحد منفرداً أو مصاحباً لاضطراب آخر يؤثر على وظائف الدماغ، مثل اضطرابات الأذن، والصداع، والالتهابات الفيروسية. وفي الحالات الشديدة قد يقوم الطفل التوحيدي بإظهار ألماظط عنيفة من إيهاد الذات والسلوك النمطي (حركات غير هادفة في النمط نفسه) والسلوك العدواني.

كما أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد، يعانون من ضعف عقلي شديد، في حين أن أطفالاً آخرين يظهرون قدرات مميزة في الحساب أو في الذاكرة أو الفن، ويفتقرون إلى آية مهارات اجتماعية، وبعض الأطفال لا يتكلمون، وبعضهم يتكلم وإن كان كلامه غير واضح للأخرين من حوله. ويتزوج معظم الأطفال التوحديين من التغيير في بيئتهم. (الخطيب والخديدي، 1997).

ويبدو على الطفل المصاب بالتوحد كثير من السمات التالية:

- عندما يكون رضيعاً: لا يستجيب للحمل والاحتضان.
- عندما يكون أكبر سناً: يتتجنب النظر في وجه إنسان آخر، ويكتف عن إقامة علاقات اتصال مع البالغين، ويشعر عندما يمسك ب الإنسان بأنه يمسك بقطعة أثاث.
- لا يملأ عليهم أنهم يعرفون ويعون وجوه هويتهم الشخصية، ويحاولون دائماً اكتشاف أجسادهم، وإذا تمكناً من الكلام فلا يعرفون الفرق بين أنا، وأنت، وهي ...
- التعلق الاستحوذاني بأشياء معينة (قطعة قماش أو كوب)، وكم يشعرون بالحزن إذا أخذ هذا الشيء منهم.
- يصبحون شديدي الحزن إذا تغيرت البيئة من حولهم كنقل الأثاث من موقعه المعتاد، أو فقد شيء مألف. ويتزوج الطفل إذا خرق الروتين، فاماكن الجلوس ثابتة، وطريقة الاغتسال ثابتة، وأصناف الطعام مألفة.
- يظهر حزنه بنبوات غضب عنيفة أو بعض نفسه، أو بحركات كالقفز والهزة، وقد تفشل جميع المحاولات لإراحة الطفل مما يعانيه.

- شذوذ الإدراك: حيث يستجيبون بطرق غريبة، وقد يبدون عاجزين عن سماع صوت عالٍ، لكنهم يستجيبون للصوت المنخفض الذي لا يسمعه الآخرون.
- تفتقد أصواتهم إلى النغمة أو التعبير، ولا يفهم الطفل الإيحاءات ولا يستخدمها.
- لا يلعب بطريقة تخيلية، فهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية، وقد يستعمل السيارات كمواد بناء بدلاً من أن تسير على الطريق. (الرزاز وشرف الدين، 1994)
- على الرغم من كون بعض الأطفال التوحدين مختلفين عقلياً، إلا أن بعضهم قد يتميزون بقدرات فوق عادية تشمل الذاكرة القوية (وحساب الأعداد بسرعة أو قدرات موسيقية خارقة).

وبحسب الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA)، فإن الأطفال التوحدين تظهر لديهم الأعراض التالية:

1. الاتصال : Communication لديهم ضعف وبطء في تطور اللغة، ويستعملون كلمات ليس لها علاقة بالمعنى الذي يريدون توصيله . ولديهم انتباه قليل.
2. المهارات الاجتماعية: يقضون وقتاً أطول وحدهم أكثر من وجودهم مع الآخرين، ولديهم اهتمام قليل في تكوين الصداقات، وليس لديهم ردود فعل وطرق تواصل مع عيون الآخرين وابتساماتهم.
3. الإدراك الحسي: عادة ما تظهر لديهم ردود أفعال للمثيرات الفيزيائية، مثل الإحساس بالألم، والسمع، والشم، والذوق. ويستجيبون أقل وبوحدة أو أكثر من المثيرات السابقة.
4. السلوك: لديهم سلوكيات عدوانية نحو الذات، كما أن إحساسهم بالأشخاص حولهم قليل.

قد يكون لديهم قدرات طبيعية في المستوى العادي أو فوق العادي في الذاكرة، بعض

المهارات ، ولكن يجدون صعوبة في الاستمتاع في اللعب مع الأصدقاء . وبعدهم يحتاج إلى تعلم مهارات كقطع الشارع والشراء . (ASA) (Johnson, & Dorman, 1996)

الاضطرابات الأساسية

1. مشكلات تؤثر على اللغة Problems Affecting Language

ال المشكلات المعرفية التي تؤثر على اللغة والتعبير اللغوي هي من الأعراض المهمة الأساسية في أوتزم الطفولة ، فلدى أطفال التوحد مشكلات في التعبير اللغوي الذي يتراوح ما بين البكم إلى الكلام الترددي . (Wing, 1976) وهو يتراوح ما بين الترداد الفوري والتأخر ، فقد يكرر الطفل جملة سمعها في الصباح أو في يوم سابق ، ويمكن أن يكرر دعاء التلفزيون . (Heward & Orlansky, 1988)

2. استجابات غير عادية للخبرات الحسية Abnormal Responses To Sensory Experiences

غالبا ما يظهر أطفال التوحد صعوبات في استخدام المعلومات الحسية ، فمثلا قد لا يظهر الطفل استجابة للأصوات العالية و التي تكون خلفه مباشرة ، لكنه قد يستدير لسماعه صوت خشخضة ورقة الحلوي . وقد تبلغ الألم عن شكلها بأن ابنها لا يسمع . كما يظهر الطفل حساسية زائدة لبعض الأصوات ، وقد يغطي أذنيه أو يصبح غير مرتاح ، ومن جهة أخرى قد يثير اهتمامهم بعض الأصوات مثل النقر على شيء (Tapping) أو قرع الأجراس . (Heward & Orlansky, 1988)

3. فحوصات بصرية غير عادية Abnormalities of Visual Inspection

يستخدم أطفال التوحد البصر المحيطي أكثر من المركزي ، كما يدركون أحيانا الأشياء المتحركة أكثر من الثابتة ، ويمكن لهم أن يشاهدوا التلفاز من زاوية العين ، ويظهر بعض أطفال التوحد تجنبًا لمثيرات بصرية محددة ، وبخاصة الوجوه الإنسانية .

وقد يستجيب هؤلاء الأطفال لبعض المثيرات البصرية التي تكون ليست ذات دلالة بالنسبة للأطفال الآخرين . (Hallahan & Kauffman, 1991)

وقد يتجاهل الطفل الوجوه البشرية، ولا يستجيب لابتساماتهم، فقد يظن الآخرون أنه كيف (Heward & Orlansky, 1988).

4. مشكلات التقليل الحركي Problems of Motor Imitation

يجد أطفال التوحد صعوبة في التعلم من خلال المشاهدة أو التقليل وبخاصة إذا كان من اللازم توجيه حركاتهم، وهم يرتكبون أخطاء في معرفة مفاهيم مثل: يسار، يمين، فوق، تحت، خلف، أمام.

وقد تكون هذه المفاهيم مربكة لهم، وتظهر عند الكتابة، وبخاصة في الحروف المشابهة مثل (d, b) أو (m, w).

5. مشكلات في الضبط الحركي Problems of Motor Control

أطفال الأوتزم يمكن أن يهتزوا أو يلوحوا بأيديهم إلى أرجلهم، أو أن يقفزوا فوق وتحت، وفي بعض الأحيان يتارجحون على رجل واحدة عند سماعهم الموسيقى. (Wing, 1976)

6. مظاهر من عدم السواء في الوظائف الاستقلالية والضبط الداخلي والنمو والتطور الجسمي-Abnormalities of autonomic functions, vestibular control and physical development

هناك أنماط شاذة في النوم والأكل والشرب يمكن أن تجدها لدى بعض أطفال التوحد، فيميل بعض الأطفال إلى سكب كمية كبيرة من الطعام أثناء تناولهم له، ويتضاربون إذا منعوا من ذلك.

وقد لا يكونون قادرين على ارتداء ملابسهم أو استخدام التواليت. (Heward & Orlansky, 1988)

وهنالك جزء من التفسير للمظاهر الجسمي الجندي لأطفال التوحد يندرج تحت عدم النضج لمظهرهم، ودرجة غير معتادة للتناسق في وجوههم، ويظهر بعض الأطفال صغاراً بالنسبة لعمرهم، في حين أن البعض يكونون طبيعين أو فوق المتوسط، لكن بشكل عام يظهر هؤلاء الأطفال أقل من عمرهم. (Wing, 1976)

7. مهارات خاصة Special Skills

إن طفل التوحد التقليدي لديه بعض الجوانب التي يكون أداؤه فيها بشكل جيد، بغض النظر عن المشكلة التي لديه ، وهي على نوعين :

الأول: مهارات استقلالية غير لفظية كالمشي تشاهد عند الأطفال البكم.

الثاني: المهارات التي تعتمد على الذاكرة ، التي يمكن إظهارها بسهولة لدى الأطفال الذين يستطيعون الكلام .

مهارات لا تتضمن اللغة : وهذه المهارات تتضمن تجميع الأجزاء الميكانيكية والكهربائية أو (Puzzles) ، ويمكن أن يجمعها الطفل بشكل مقلوب رغم أن التجميع صحيح .

وهذه المهارات تكون جيدة عند الطفل ، إلا أنها تكون دون مستوى الطفل العادي . معظم هؤلاء الأطفال يحبون الموسيقى ، ويمكنهم الغناء بشكل جيد ، وهذه القدرة تقل أو تختفي في الطفولة المتأخرة ، والقليل من أطفال التوحد الأذكياء يمكنهم تعلم العزف على آلة موسيقية .

8. المهارات التي تعتمد على الذاكرة Skills dependent on memory

طفل التوحد التقليدي يبدو أنه قادرًا على تخزين بندق في ذاكرته ، وهذه البنود التي يتم اختيارها للتخزين لا تظهر عند استخدام أي شيء معياري من قبل أشخاص عاديين ، بعض الأطفال يمكن أن يتذكروا كلمات لأغان أو أشعار ، أو قائمة طويلة لأسماء بعض الأطفال ، ويمكن أن يتذكروا مواقيع القطارات والباصات ، وتعتبر هواية خاصة لهم ، وبعضهم يبدون قدرة على إجراء عمليات الجمع في ذاكرتهم ، ولكن لا يستطيعون توظيف هذه القدرات بطريقة ملائمة ، فمثلاً طفلة توحيدية تستطيع كتابة جدول الضرب من 2-12 ، ولكن عند سؤالها عن 2×3 لا تستطيع الإجابة .

ال المشكلات السلوكية الثانوية Secondary Behavior Problems

1. العزلة الاجتماعية الواضحة واللامبالاة :

بالرغم من أن (Kanner) اعتبر ذلك على أنه خلل أساسي ، إلا أنه في الواقع تحدث

اللامبالاة من خلال عدد من الأشكال المختلفة للسلوك، فتظهر من محاولاتنا لعنق الطفل، والتي لا تلقى الاهتمام من جهته. ويرجع الآباء ذلك إلى أن الطفل لا يعرف، أو لا يهتم فيما إذا كان وحده أو بصحبة آخرين. كما تظهر من خلال ضعف اللغة المعرفية، ومشكلات الاتصال غير اللفظي، وهذه تتدخل في عملية التفاعل الاجتماعي، وتكون سلوكيات هؤلاء مختلفة في المواقف الاجتماعية، حيث تقل في المواقف المألوفة، وكذلك مع الكبار المعروفين لدى الطفل، الذين يفهمون إعاقته.

يصبح هؤلاء الأطفال غالباً، أكثر اجتماعية عندما يكبرون وبخاصة إذا كان هناك زيادة في القدرة على فهم اللغة واستخدامها.

وهناك نقص واضح في الاستجابة للعلاقات مع الأطفال الآخرين، وتبقى هذه غالباً مشكلة حتى في حالة تحسن الاتصال مع الكبار. (Wing, 1988, Heward & Orlansky, 1976).

بد. الرفض للتغيير والارتباط بالموضوعات والروتين

Intense resistance to change and attachment to objects and routines

تبرز هذه المشكلة الارتباط بين عدم قدرة الطفل في فهم العالم من حوله وذاكرته الممتازة كما كانت عليه في الخبرة الأولى له، ويضطرب الأطفال في تذكر الأشياء بمجرد حدوث أي تغيير في البيئة المألوفة، لكنه من الصعب التنبؤ بالتغيرات التي سوف تضايقهم، والتغيرات التي سوف يهملونها.

هناك طفل يقبل أن يتقل من بيت إلى بيت آخر، في حين أنه كان يشعر بالذعر إذا استبدل غطاء سريره بغطاء آخر، و طفل آخر كان يرفض ليس أي ملابس جديدة دون وجود ثورات غضب لديه، كذلك فإن الروتين المعتمد مهم لبعض هؤلاء الأطفال، فيتضاربون بشدة إذا حدث أي تغيير في الروتين.

ج. ردود فعل اتفعالية غير ملائمة Inappropriate emotional reactions

قد يكون هنالك نقص في المخاوف من الأخطار الحقيقة عند الأطفال التوحديين، ويروي عدد من الأهالي قصصاً عن أبنائهم عندما كانوا يصعدون إلى السطح، ويشون على

حافة صغيرة، ومن جهة أخرى فإن هذا الطفل نفسه قد يشعر بالذعر من أشياء غير ضارة، أو مواقف معينة، غرفة معينة مثلاً، أو عندما يدخل للاستحمام، أو عندما يلبس حذاءه.

كما أنه ليس لدى الأطفال المتوحدين فهم كبير لشاعر الأشخاص من حولهم، فقد يضحكون إذا وقع شخص ما، ويمكن أن يكون عندهم نوبات من البكاء والصرخ دون وجود سبب واضح.

د. انقصن في التخيل Lake of Imagination

من المشكلات الرئيسية لهؤلاء الأطفال وجود نقص في لعبهم التخييلي، فهم لا يلعبون ألعاباً تتطلب التظاهر سواء مع أنفسهم أو مع أطفال آخرين، فمن الصعب على هذا الطفل أن يقلد أفعال أشخاص آخرين، أو أن يبني على هذا التقليد بطرق خلقة.

الألعاب عادة لا تستخدم من قبلهم كمواد للألعاب التخييلية، فهم يسكنونها ويتذوقونها أو يشمونها.

انتباهم عادة ما يكون مركزاً على جزء معين، فقد يركز الطفل انتباهمه على الحلق مثلاً، ولا يركز على الشخص أو أذنيه، ويتبه إلى عجلات القطار ولا يتبعه للقطار ككل.

هـ. عدم التضيّع الاجتماعي والصعوبات السلوكية

Socially immature and difficult behavior

هناك صعوبات سلوكية شائعة في حالات التوحد كثورات الغضب، وفترات طويلة من الصراخ، ولا سيما إذا ضرب السلوك بطريقة ما، كما يمكن أن تكون لديهم سلوكات عدوانية مثل ضرب الأطفال الآخرين، أو ضرب المعلم، وإزعاج والديهم بعدم نومهم، كما يمكن أن يدخلوا بيوت الأشخاص الآخرين للبحث عن أشياء يضيّفونها إلى مجموعتهم، كما يمكن أن يخلعوا ملابسهم في الشارع. (Wing, 1976) أو يكون لديهم سلوكات في إيهاد الذات، فهم يغضون أنفسهم بشكل شديد بحيث يؤدي إلى تزيف، أو يصررون رؤوسهم بالحائط أو حوافه الحادة أو بالأثاث بحيث يؤدي ذلك إلى ظهور كدمات. (Heward & Orlansky, 1988) .

و. الإدارة الذاتية Self- Stimulation

من أكثر السلوكيات التي تظهر عند الطفل الأفعال المتكررة أو التمطية، وقد أبلغ بعض الأهالي أن أطفالهم قد قضوا أياماً كاملة بحملقون في الأضواء، أو يلغون حول شيء.

أسباب التوحد Causes of Autism

إن سبب توحد الطفولة غير معروف، وفي الأربعينيات والخمسينيات كانت نظرية التحليل النفسي، والنظرية السيكودابناميكية من أكثر النظريات شيوعاً، وكان اللوم يتجه إلى الوالدين كسبب في إعاقة ابنهما.

ومن أكثر الكتاب الذين بحثوا في أن سلوك الآباء سبب في سلوك طفل التوحد بتلهيم (Bettelheim) الذي اقترح أن هؤلاء الأطفال لم تكن تنشتهم تنشئة سليمة، فتأثر سلوكهم بآبائهم، وقد عدل من وجهة نظره هذه فقال: إن دور الأم في حالات الأوتزم يكون شديداً، ومع ذلك لا نستطيع أن نقول إنها السبب في ذلك. وهو يقول بأن اضطراب الطفل قد يكون بسبب ردود فعل الأم العصبية وبخاصة في مراحل النمو المبكرة. (Whitaker, 1990)

وكثيراً ما ينصح بفترة علاج نفسي (Psychotherapy) للطفل ولوالديه، وقد كانت نتائج هذه المعالجات مثبطة للعزيمة وهكذا يظهر وكأن الأهل ليس لهم دور في المعالجة، إلا إذا تعرضوا لهم أنفسهم للمعالجة، ويظهر أن هذه الفرضية (الأهل هم سبب المشكلة) ما زالت موجودة، والدليل على ذلك أن بعض المراكز الخاصة بهم لا زالت تمنع الأهل من زيارة طفليهم. ويهدف هذا العزل إلى إبعادهم عن مصدر المرض. وفي الوقت الحاضر، هنالك رفض لوجهة نظر النظرية التحليلية بهذا الخصوص، ويعتبر الآن والذي طفل الأوتزم كغيرهم من والذي الأطفال المعاقين، وبالطبع ستكون لديهم مشاعر من عدم الرضا أو عدم التشجيع، كما أن الجمعية الوطنية للأطفال التوحدين أصبحت تقدم للأهالي المعلومات الكافية، ومعظم الأهالي يطالبون بالحفاظ على الحياة العائلية، وفي معظم الحالات يقوم الأهالي بهذه الشاطرات دون مساعدة من المختصين. (Cohen & Caparulo, 1975)

ومن الكتاب الذين عارضوا وجهة النظر البيئية وتحدث عن أسباب بيولوجية للتوحد (Rutter)، وقد تناول نقطتين:

1. أن بعض أطفال التوحد جاؤوا من خلفيات عاديه.

2. أن الفترة الحرجة للتوحد هي بين عمر (0 - 6) شهور، إذ ليس لدى الطفل في هذه الفترة وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له، كذلك فقد أظهر (Rutter) (1970) من خلال أبحاثه أن الطفل في هذه المرحلة لا يستطيع الفصل بين ذاته والآخرين، فهو يستعمل الأنماط الدلالية على نفسه وعلى الآخرين، كما جمع (Condon) أدلة أكثر على وجود أسباب بيولوجية للأوتزم عبر السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة، عندما يعطى لهم للمرة الثانية بعد جزء من الثانية أو حتى ثانية كاملة، بينما يأخذ أطفال التوحد وقتاً أطول للاستجابة.

وفي سبيل دعم هذه النظرية (البيولوجية)، فقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها، مثل مشكلات اللغة، والخلل في التأثير الحسي - الحركي، والنمطية في السلوك، وتلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق، واحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد.

كما أن معظم الأطفال المصاين بالتوحد، لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود التوحد في جميع أنحاء العالم وفي مختلف الطبقات الاجتماعية. كما أن هناك اهتماماً متزايداً بخصوص احتمالية أن يكون سبب التوحد هو خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

ومع أن سبب الأوتزم يبقى غير واضح، إلا أن هناك دلائل تدعم وجهة النظر البيولوجية، وهذه الأدلة تفي عن الأهل أنهم السبب في حالة كهذه، وتبيّن أن الأهل يستجيبون لحالة هذا الطفل أكثر من كونهم سبباً فيها، وهناك عدد من الدراسات التي تشير إلى وجود سبب بيولوجي وادراكي لطفل التوحد. (Whittaker, 1990)

لقد أجري عد من الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية من أجل تحديد سبب أو أسباب محددة للتوحد، وكان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب محدد يؤدي إلى التوحد، ولكن يعتقد أن السبب ناتج عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي نتيجة عوامل غير معروفة. وحديثاً فإن وصف أنماط السلوك والأعراض المرتبطة بالتوحد تعتبر هي الأكثر أهمية في التعرف إلى الأشخاص الذين يعانون منه، وبناء على ذلك، فإن التوحد كاضطراب يعتبر متلازماً من الأعراض (Syndrom) (القريوتبي، وأخرون 1995).

ومن بين الأسباب التي قد تؤدي إلى التوحد ما يلي :

1. صفات عقلية ملاحظة في تاريخ العائلة.
2. بعض نوبات المرض أو أنواع الحمى التي قد تصيب الطفل قبل عمر الستين، أو أي نوع من الضغط الذي قد يصاب به الطفل في مراحل الطفولة المبكرة.
3. الأمراض التي قد تصيب الأم الحامل، أو الولادة المبكرة للطفل، أو دخول الأم للمستشفى في أثناء الحمل.
4. المشاكل العائلية مثل هجر الأب للأم أو العكس، أو الانفصال بين الوالدين وبخاصة قبل أن يبلغ الطفل عمر الثالثة.
5. العلاقة بين الأم والطفل عندما يكون نمطها تجاهل الأم للطفل أو العقاب الشديد المستمر لأدائه لبعض أنماط السلوك الخاطئة، أو عدم قدرته على النطق أو استعمال اللغة بشكل صحيح، مما قد يؤدي إلى عدم القدرة على التواصل مع المجتمع والتكيف مع البيئة، وبالتالي افتقار الطفل إلى تعلم مهارات التواصل مثل الكلام واستعمال اللغة بالشكل السليم.

وبهذا، هناك علاقة بين الوراثة والبيئة تسبب حالة التوحد (Bowley, 1972).

أما بالنسبة إلى الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA)، فقد أشارت إلى أن هناك عدداً من الأبحاث الطبية التي أجريت ودرست أشكال متنوعة من التوحد، ولكن السبب المؤكد ما

زال غير معروف، حيث ربطت بعض البحوث بين التوحد والأعصاب في الدماغ، وفي بعض الحالات قد يرجع السبب إلى عوامل جينية.

معظم النظريات القدية التي فسرت أسباب التوحد سقطت حاليا، حيث أن التوحد ليس مرضًا عقليا، والأطفال المتوحدون ليسوا أطفالاً عنيدين أو صعبي المرااس، كما أن التوحد ليس بسبب الأهل السيئين، كما أن العوامل السيكولوجية أو النفسية في تطور الأطفال الذين يظهرون أنهم متوحدون لا زالت غير معروفة (Johnson & Dor- man, 1996)

التشخيص Diagnosis

التشخيص عبارة عن عملية تستغرق وقتاً وتتضمن ما يلي:

1. التقييم النفسي التربوي.
2. التقييم على أساس اختبارات الذكاء المفتوحة.
3. مقابلة الوالدين.
4. المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل.

1. **التقييم النفسي التربوي**: وهو يزودنا بالأدوات التي يمكن استعمالها مع الأطفال الصغار مثل: فقاعات الصابون، وطين الصلصال، والخرز، والكتب ... إلخ. وهذه المهام تصنف ضمن مجموعات وظيفية هي:

1. التقليد والمحاكاة.
2. الملاحظة والإدراك الحسي.
3. السلوك الحركي.
4. تأثر اليد والعين.

5. القدرة على التغيير ومهارات اللغة الاستقبلية.

2. اختبارات الذكاء المفتوحة:

الغرض من استخدام هذه الاختبارات هو الحصول على درجة الذكاء عند الطفل ، وتطوير قدراته التعليمية ، وقد أثبتت الدراسات أن درجة (الذكاء) هي أفضل معيار طويل الأمد ومتوفّر ، ويعطي نتائج أفضل .

وتكمّن أهميتها فيما يلي :

1. تساعد المعلمين والوالدين على تحديد توقعات التطور لدى الطفل ، فالطفل الذي يتتطور بشكل متوسط السرعة يتوقع منه أن يتتطور بشكل سريع ومتوازن من خلال المنهج العادي للسنة الواحدة .
2. إن معايير الذكاء تخدم كأداة تذكير لقبول أساسيات إعاقة الطفل .
3. مقابلة الوالدين والمراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل .

إن مقابلة الوالدين والمراقبة المباشرة لتفاعل بينهما يعطي معلومات أولية وأساسية للتداخل ضمن الأسس الفردية لبيئة تعلم الطفل في البيت والمدرسة ، ونحن نعلم أن هنالك علاقة بين حجم العائلة ونمط حياتها ومصادر الدعم المالي لها . فهناك عدد من الأسر أو الوالدين يقومون بنشاطات تعليمية يومية مع أطفالهم ، بينما تكون جلسة تدريب من عشر دقائق لأم عاملة ذات دخل قليل ولديها خمسة أطفال آخرين هي أقصى ما يمكن أن نحصل عليه من الأم . وهنالك جهود خاصة لتنسيق الجهد والنشاطات التعليمية في البيت والمدرسة من أجل تعليم التعلم للحد الأقصى الممكن .

كما أن إشراك الوالدين ومناقشتهم تعطي صورة عن طريقة الاتصال والتدخل التي تحدث داخل العائلة ، والمعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال المناقشة الدقيقة للوالدين أظهرت غماذج من المحادثة والتعابير المستعملة بين الوالدين والمعالج النفسي في العيادة من جهة ، وبين المعلم والوالدين من جهة أخرى في غرفة الصدف . (Lansing & Schopler, 1976)

لقد أشار كل من (فريمان وريتفو، 1984) (Freeman & Ritvo، 1984) إلى أن حوالي 60% من الأشخاص التوحديين أداؤهم أقل من 50 على اختبارات الذكاء، ومع أن كافر قد أعطى وصفاً إكلينيكياً للأشخاص التوحديين ، إلا أن فريمان وريتفو أشاراً إلى أن كافر لم يكن يحاول أن يطور نظاماً موضوعياً للتشخيص .

ولقد صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة سنة (1971) واقتصرت فيه قائمة من تسعة نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة (Creak's Nine Points) كي تستعمل في تشخيص الأطفال ، وتضمنت القائمة ما يلي :

- اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الآخرين .
- عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسب مع العمر .
- انحراف مرضي بموضوعات محددة .
- مقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين .
- خبرات إدراكية شاذة .
- قلق حاد ومتكرر وغير منطقي .
- فقدان الكلام وعدم اكتسابه أو الفشل في تطويره في المستوى المناسب من العمر .
- اضطراب في الأنماط الحركية .
- تخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية . ولقد انتقد روتير (Rutter, 1966) ولوكيير (Lockyear, 1967) هذه النقاط التسعة ، واستبدلواها بقائمة شطب شملت العلاقات ، والكلام ، والحركة ، والتركيز ، وإيذاء الذات ، والاستجابة للألم ، والمشكلات السلوكية . (Bowley & Gardner, 1972)
- يجب أن يعتمد التشخيص على الملاحظة لسلوكيات هؤلاء الأطفال لعرفة التواصل لديهم ، وتطور مستواهم ، وذلك لأن معظم السلوكيات الاجتماعية للممتوحدين تظهر مصاحبة لاضطرابات أخرى .

يجب أن يكون الشخص الملاحظ لديه خبرة واسعة حول التوحد، وعلى الرجاء الأفضل يجب أن يتم تشخيص الطفل من خلال فريق متكون من أخصائيين نفسين، وأخصائي أعصاب، وأخصائي ثرو، وأخصائي تربية خاصة، ومعالج نطق.

هناك بعض الأدوات التي تم تطويرها لتساعد الأخصائيين في تشخيص الأطفال التوحدين منها:

1. قائمة شطب سلوك التوحدين .

Checklist for Autism in Toddler (CHAT)

2. مقياس تقييم الأطفال التوحدين

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

3. مقابلة والدي التوحدين

Parents Interview for Autism (PIA)

4. قائمة جيليان لتقييم سلوك التوحدين

Gilliam Autism Rating scale (GARS)

5. قائمة تقييم السلوكات للأطفال التوحدين وغير الأوتومات

Behavior Rating Instrument for Autistic and other Atypical children (BRIAC)

– قد تكون الملاحظة الفردية للقدرات والسلوك غير قادرة على إعطاء صورة واضحة عن الطفل، ويمكن أن يظهر الفرد مع التوحد متخلفاً عقلياً أو مضطرباً سلوكياً، أو لديه مشاكل سمع، ويجب أن نعرف الأساس في هذا الاضطراب، ونعرف كل ما يتعلق به من أمور مصاحبة لنتستطيع أن نشخص الحالة ونضع لها برنامج علاج متكامل. (Johnson & Dorman, 1996)

مشاكل في التشخيص Problems of Diagnosis

يبدو لنا الأمر سهلاً من خلال النظريات في الوصف والتشخيص، أما في مجال الخبرة العملية، فإن عملية التعريف والتحديد قد تبدو صعبة لعدة أسباب، أول وأهم هذه الأسباب، هي عدم وجود اختبارات نفسية أو طبية يمكن استخدامها في التشخيص.

كما أن هناك مشاكل في استخدام اللغة في أثناء التشخيص، لذلك يجبأخذ تاريخ الحالة بحذر عند تحديد إذا ما كان الشخص يعاني من توحد. (Everad, 1976) كما أن التشخيص مازال أكبر مشكلات التوحد، وذلك لأن خصائص أو صفات التوحد غالباً ما تشبه اضطرابات أخرى، لذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة كي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وغيرهم من الأفراد الآخرين في الأضطرابات الأخرى، حيث إن هناك قضية تشابه في السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى، وهذه الأضطرابات هي الإعاقة العقلية، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل، واضطرابات أخرى. (القريوتني وأخرون، 1995).

التصنيف Classification

لقد وضعت (ماري كولمان، 1976) رئيسة عيادة أبحاث دماغ الأطفال في واشنطن تصنيفاً للأطفال التوحديين، يقع ضمن ثلاث مجموعات هي:

النوع الأول: ظاهرة التوحد الكلاسيكية

تظهر لدى الأطفال في هذه المجموعة علامات في ضعف الجهاز العصبي، ويمكن ملاحظتها في وقت مبكر، كما يمكن لهؤلاء الأطفال تحسين وضعهم ما بين سن 7-5 سنوات.

النوع الثاني: ظاهرة انفصام في الطفولة مع علامات التوحد، وهؤلاء مشابهون لأطفال النوع الأول، ولكن بداية ظهوره في وقت متأخر بعد 30 شهراً، وتظهر عليهم علامات نفسية بالإضافة إلى النوع الكلاسيكي الذي عرفه كانر.

النوع الثالث: ظاهرة التوحد بتلف الدماغ .

يظهر عليهم مرض في الجهاز العضوي مثل العمى أو الصمم، وقد أشارت كلومان وأخرون إلى وجود احتمال قوي من أن بعض الأطفال الذين يعانون توحدين عند كاتر ، لهم أيضا حالات عضوية، وظهرت اختلافات كبيرة في التصرفات بين هؤلاء الأطفال، وهذه الاختلافات تختلف باختلاف العمر. (Knablock, 1983)

كما أن جولد فارب (Goldfarb) أشار إلى نوعين: عضوي وغير عضوي، وأشار إلى ثلاثة انحرافات سلوكية كبيرة للتمييز بين هذين النوعين والأطفال العاديين وهي:

1. سلوك استقبالي شاذ يتركز على عدم الانتباه السمعي .
2. اضطراب وعي الذات .

3. اضطراب في التواصل. (Freeman & Ritvo, 1984)

ولقد وضعت الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والأخلاقي للاضطرابات العقلية تصنيفا للتوحد الأول يسمى التوحد الطفولي بوجود الأعراض كاملة ، والثاني التوحد الطفولي بالأعراض المتبقية. (القريوتى وأخرون، 1995)

الاضطرابات الناتجة عن التوحد

مشاكل اللغة Language Problems

من خلال ملاحظات كاتر على الـ(11) طفلا ، قام بإعطاء وصف ممتاز لمشاكل اللغة عند التوحدين ، ولسوء الحظ ، فإنه قد كتب ملاحظاته قبل تطور النظريات الحديثة للغة ، لذلك فقد قام بمقارنة اللغة بين الأطفال العاديين والأطفال التوحدين .

فكرة تشومسكي عن تطور اللغة لها أهمية في هذا المجال ، فقد اقترح أن الإنسان بالطبيعة يولد لديه إمكانية للتعلم ، وما يجدر ذكره أن الأطفال الطبيعيين بين 3-4 سنوات يمكنهم استخدام القواعد لابتداع جمل لم يسمعواها من الآخرين . ويعملون باستخدام اللغة ببراعة وبخاصة في المحادثة مع الآخرين .

وتتطور اللغة الداخلية عند الأطفال الصغار، وتظهر في زيادة استخدامهم واستعمالهم للألعاب الخيالية.

وتقسم مشاكل اللغة إلى عدة أقسام:

أ. اللغة التعبيرية وتتضمن :

1. مشاكل في أسلوب الحديث وصياغته.
2. مشاكل في درجة الصوت وشدة.
3. مشاكل في اللفظ.

ب. اللغة الاستيعابية :

1. قلة المحسوب اللغوي عند الطفل.
2. قلة في استخدام الإيماءات: التقليد، وتعبيرات الوجه، وحالات نفسية متعددة بوقت واحد. (Everard, 1976)

Problems of Learning مشاكل التعلم

من خلال قياس ذكاء الأطفال المتواجدين ما بين العمر 3-7 سنوات وملحوظتهم في مجموعات التعليم الصغيرة، تظهر لديهم مشاكل واضحة وصعوبات تعلم. فالأطفال في عمر 5 و 6 سنوات يمكنهم الحصول على نتائج مرضية في الاختبارات البسيطة إذا كانت لديهم قدرة على المشاركة بشكل كاف، وقدرة على مطابقة الألوان، وتمييز الحجم والشكل، وإكمال المتأهات البسيطة.

بعد مضي أسابيع على الطفل الذي بدأ بالاستمتاع لفترات قصيرة في ممارسة نشاطاته عن طريق الاتصال (شخص بشخص مع أقرانه)، وهو بالمحصلة سوف يصل الصور ويضيف الألوان والأشكال، ويقدر الأحجام، ويميز مفهوم الأعداد على البطاقات عن طريق العد والجمع البسيط.

ويكون أحياناً قادراً على قطع (قص) الأوراق لعمل الصور عندما يقيم، ويستطيع أيضاً أن يسير على الخط مقلداً النموذج. (Everard, 1976)

اللغة عادة غير موجودة، ويكون الاتصال بلغة غير واضحة أو غير مفهومة، ويتطور التعبير والمفردات التعبيرية ببطء، ويمكن أن تعرف الصور عند ذكر اسمها، ويكتنأ ملاحظة أن أحدهم قادر على الاستجابة لاختبار السمع البسيط واختبار المفردات للصور، وهو لاء الأطفال يمكنهم التعرف على المواضيع الشائعة في هذه الاختبارات، وهم قادرون على التمييز بين المتشابهات والمتضادات، ولكن يجدون صعوبة في فهم الرموز، ولا يستطيعون الربط بين أشكال غاذج الحروف في الكلمات خلال التوصيل.

• عندما يريد الطفل أن يربط بين الرمز والصورة في طريقة حل المشكلة، فهناك نتائج ضعيفة جداً، وهذا بالتأكيد مرتبط بضعف وإعاقة اللغة.

• لا يظهر معظم الأطفال قدرة فاعلة في الربط بين السمع والنظر، ولكن عندما نعيد ونكرر التدريب نجد أنهم سوف يتعلمون أسماء المواضيع وإخراج الأصوات للقطار مثلاً أو السيارة.

• وجود الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، وعدم القدرة على الكلام وبعض أعراض التوحد في غرفة تحتوي على بعض الأدوات مثل الدراجات، والتراكتورات، ومحركات البخار، تجعل لديهم القدرة على الاتصال مع البيئة. ولكن فهمهم للمحتوى قادر على تطوير قدرتهم اللغوية المحدودة جداً.

الهدف من هذا التعلم مساعدة الطفل على فهم البيئة الحقيقية، تعلم شيء حول الطبيعة والأشياء لتطوير المهارات الأساسية وتطوير الخبرات الحسية لتصبح أكثر ضبطاً. يمكننا أخيراً القول إن الأطفال التوحدين يمكنهم تحقيق تقدم معتبر، ولكن مع وجود صعوبة في التحصيل لديهم. (Bowley, 1972)

مشاكل في الاستجابات غير الطبيعية للخبرات الحسية
1. قلة غير سوية في الاستجابة للخبرات الحسية.

2. قدرة غير سوية في الاستجابة للإثارة البصرية.
3. قدرة غير سوية في الاستجابة للبرودة والألم.
4. قدرة غير سوية في الاستجابة للمس.
5. أخطاء في الاستجابة حيث تغطية العينين عند سماع صوت عالٍ، وإغلاق الأذنين عند الإثارة البصرية. (Everard, 1976)

مشاكل في مهارات التقليد

1. صعوبة في إتقان المهارة الحركية.
2. مشاكل في تمييز الوسط، واليمين، واليسار، والأمام، والخلف، وأعلى، وأسفل، وفوق، وتحت.

مشاكل في مهارة الضبط

1. يقفز ويرفرف ويضرب بعنف عندما يكون سعيداً.
2. حركات غطية باليدين أو الرجلين تكتسب مظهراً من الرشاقة والجمال.

المهارات الخاصة

1. المهارات التي لا تتضمن اللغة، مثل: الموسيقى، والمشاريع الميكانيكية، والالكترونية. وقد يظهرون قدرات خاصة عليها. (Everard, 1976)

المشكلات السلوكية Behavior Problems

- أ. بعض الأطفال التوحديين خاصة الأقل من 5 سنوات من العمر يظهرون تعلقاً بالمستوى الفيزيائي البسيط. هذه المشكلة قد تختفي كلما تقدم العمر من خلال فهم العلاقات بالنسبة للكبار.
- ب. فيما يتعلق برد الفعل الانفعالي، يتضمن هذا عدم إدراك معنى الخطر الحقيقي، ولكن هناك خوف مرضي من بعض المواقف أو الأشياء كالضحك، والبكاء،

والاكتتاب لسبب غير محدد حيث الفصل يسبب جرح أحد الأفراد، وتسبب ردود الفعل هذه التدني الملحوظ في القدرة على فهم المعنى الحقيقي للتغييرات في المواقف.

ج. ضعف في القدرة على التخيل.

ليس لديهم قدرة على اللعب التخييلي بطريقة مبدعة، حيث إن لديهم تدنيا في القدرة على فهم الأهداف والقدرة على الإحساس وفهم المواقف المعقدة، لذلك قد تجد لديهم عدم اهتمام بأعمال المدرسة ونشاطاتها كاللعب والتحدث والمشاركة الاجتماعية.

من الصعب أن تجد أطفالا لديهم جميع المشكلات السابقة، لكن تجد بعض المظاهر الواضحة على الطفل، وليس بسبب تسميته أو تصنيفه.

إذن، الإعاقة أثرت على كل من التعبير واستعمال اللغة المنطقية وغير المنطقية، وفي هذه الظروف فإن نمط التعليم المناسب للأطفال التوحديين يكون مهما، بغض النظر إذا كان الطفل مصنفا على أنه توحدي أم لا. (Everard, 1976)

علاقة التوحد بالاضطرابات الأخرى

1. التوحد والإعاقة العقلية

عندما اقترح كانر (Kanner) محاكمات لتشخيص التوحد، فقد أشار إلى أن الأفراد التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة. لذلك كانت الإعاقة العقلية مستبعدة، لكن هناك بعض الباحثين من مثل (فرييان وريتنفرو) أشاروا إلى أن حوالي 57% من التوحديين قدرتهم العقلية في حدود التخلف العقلي.

على الرغم من أن الأداء الوظيفي للتوحديين والمتخلفين عقلياً متشابه، إلا أن هناك تفاوتا يظهر من خلال أدائهم المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي، في حين يكون أداؤهم أقل في المهمات اللفظية. بينما يكون أداء المعوقين عقلياً منخفضاً ومتساوياً في جوانب الأداء. (القريوتني وأخرون، 1995).

إن هناك عدداً من النقاط التي يتميز بها التوحد عن الإعاقة العقلية وهي:

1. المعوقون عقلياً يتعلقون بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، أما التوحديون فلا يوجد لديهم تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.
2. لدى التوحديين قدرة على المهارات غير اللغوية كالإدراك الحركي والبصري.
3. اللغة والقدرة على التواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء المعوقين عقلياً، لكن قد تكون غير موجودة لدى التوحديين، وإن وجدت فإنها تكون غير عادلة.
4. وجود العيوب الجسمية لدى المعوقين عقلياً أكثر من التوحديين.
5. لدى التوحديين مهارات خاصة تشمل الذاكرة، والموسيقى، والفن... إلخ، ولا توجد لدى المعاقين عقلياً.
6. يميز التوحديين وجود السلوكيات النمطية الشائعة التي تختلف عن السلوك النمطي عند المعوقين عقلياً.

التوحد وفصام الطفولة

كان التوحد يستخدم لوصف أحد الأعراض الرئيسية لفصام، والوحدة، والانسحاب، لذلك كان الباحثون يسمون التوحديين بالفصاميين، ولكن هناك فروقاً حديثة نسبياً بين التوحد والفصام أهمها:

1. الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، بينما التوحديون غير قادرين على ذلك.
2. التوحديون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الفصاميون ممكّن أن يطوروا علاقات اجتماعية ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.
3. الهلاوس والأوهام توجد في الفصام، ولكنها غير موجودة في التوحد.

4. بداء الاضطراب في التوحد قبل الشهر (30) من العمر، ولا يحدث بعد ذلك. لذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام، حيث يظهر الفصام عادة في بداية المراهقة، أو في عمر متأخر من الطفولة.

التوحد واضطراب التواصل

قد يكون هناك تشابه كبير بين التوحدين وذوي الاضطرابات اللغوية، ولهذا قد يحصل خلط. ولكن مع وجود هذا التشابه، إلا أنه يمكننا التمييز بين الاضطرابين حيث إن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية عندما يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل مع الآخرين، فإنهم يلجأون إلى التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعریض عن مشكلة الكلام، ويتعلمون المفاهيم الأساسية والرموز، بينما الأطفال التوحديون يظهرون إعادة الكلام وبخاصة المتأخر منه.

لهذا تعتبر القابلية للتعلم والتعامل مع الرموز هي الفارق الرئيسي في المجموعتين.

التوحد واضطرابات السمع والبصر

الانسحاب الاجتماعي أو الانزعاج من تغيير الروتين وسلوكيات أخرى يمكن أن تظهر من قبل الأطفال الصم، وهو يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال التوحدون. هذه السلوكيات تعتبر ثانوية بالنسبة للصم نتيجة لاضطرابهم، ولكنها أولية وأساسية لدى الأطفال التوحديين، حيث إن معظم التوحديين ليسوا صماء، وإذا شكّ بالطفل أنه يعاني من توحد، فيجب أن يتم فحصه لاستبعاد الصمم.

وقد تظهر بعض الاستشارة الذاتية والحركات النمطية لدى المكفوفين تشبه ما يقوم به التوحدون، ولذلك فإن اضطرابات التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انتطاع.

العلاج

اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجة النظر التي كانت سائدة حول

أسباب التوحد، وحيث إن التوحد كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي، يساهم الوالدان فيه مساهمة أساسية. فقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات. ومن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي، إنشاء علاقة قوية مع غواص يمثل الأم المساعدة المحبة، أو علاقة لم تستطع أم الطفل التوحد أن تزوره بها، وهذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي.

وتتضمن العلاج مراحلين: الأولى يزود العلاج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم، وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل العلاج.

أما الثانية فإنها تركز على تطوير المهارات الاجتماعية، وتتضمن تأجيل الإشارة والإرضاء. معظم برامج المعالجين النفسيين للأطفال التوحدين كانت تأخذ شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم في المستشفى، وتقديم بيئة بناءة من الناحية الانفعالية. (الفريري وآخرون، 1995).

كما تستخدم طريقة العلاج البيئي، وتتضمن تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية.

أما التدخل التربوي فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك. وتقوم إجراءات تعديل السلوك على أساس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، وعلى العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج.

ويجب أن تتضمن البرامج التربوية التركيز على الجوانب اللغوية النطقية عند الطفل التوسيدي، وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي الذي يفقده الأطفال التوسيديون، بالإضافة إلى إجراءات التعليم المباشر على مهارات أساسية ضرورية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية.

كانت أول محاولة لفهم طبيعة التوحد عام (1943) عند بداية وصفه، والأبحاث القدية التي أجريت حول أسباب التوحد لم تعد الآن مقبولة، والمعالجة تعني أن نرم أو

نشفي ، وأن تتعمق للداخل ، وأن نطبع ونسوي ونرجع إلى الحالة الطبيعية (السواء) ، وعلى المسترى العلاجي لا يوجد علاج للمشاكل التي تسبب التردد والمرجودة في الدماغ . حاليا وجدت هناك طرق لمساعدة التوحديين على فهم واستيعاب أمراض هذا الاضطراب ، كما أن بعض سلوكياتهم يمكن أن تتغير إيجابيا . (Johnson & Dorman, 1996)

استراتيجيات التعليم Strategies for Teaching Autistic

هناك عدة أدلة تشير إلى قدرة المعلم على توفير الدفء والمعاملة التي هي بحد ذاتها مهمة جدا في تغيير تعلم وتصرفات الطفل التوحيدي .

ومن العوامل المهمة في الصدف : الخلفية ، والتهيئة للتدريس ، وترسيخ ووضع برنامج لسرعة الاستجابة .

يبدأ جو الصدف بأساس أمن وملائم ، بحيث يعطي الأطفال المجال للثقة بالكبار ، حيث الشعور بالأمان ضروري كخلفية لبدء التدريس للطفل أو للمجموعة ، كما أن التحضير للبرنامج والجدول الذي يلبي حاجات الطفل الواحد يساعد ويساهم في التعلم المنظم .

ومن الأمور المهمة أيضا ، إيجاد الفرص لجمع مجموعة من الأطفال ومحاولات خلطهم اجتماعيا ، و اختيار نشاطات تجمع بين أهداف عددة .

و بالنسبة للأطفال التوحديين ، فإن ذلك يمكن عن طريق :

أ. محاولة فهم احتياجات الفرد .

ب. وضع توقعات إيجابية وحقيقة وإيصالها للأطفال والآباء .

ج. التكلم مع الأطفال بطريقة مشجعة وسهلة و المناسبة لمستواهم .

د. مشاركة الكبار في النشاطات ، ومن ضمنهم الأهل ، سواء في البرنامج التعليمي أو أي نشاطات أخرى .

كما يمكن تقديم غاذج من النشاطات اللامنهجية للطفل التوحدى ، وتدريب المحاكاة لديه ، ومراقبة تقديم لغة الطفل عن طريق منحه فرصاً لتقديم أفضل ما لديه .

مثلاً لا يوجد سبب معروف لهذا الاضطراب ، فلا توجد معالجة معروفة له أيضاً ، ومن المعالجات الأساسية لهذا الاضطراب ما يلى :

أ. تعديل السلوك .

ب. علاج النطق واللغة .

ج. التركيز على الإحساس وتنمية الأحساس .

د. التواصل البصري .

هـ. المعالجة بالموسيقى والاسترخاء .

وـ. التدريب السمعي .

زـ. التغذية والدواء .

حـ. العلاج الفيزيائي .

طـ. العلاج الوظيفي .

لقد أشارت التجارب والخبرات الفردية مع المترحدين بأنهم يحتاجون إلى تمارين وأساليب متنوعة في تعليمهم وتعديل سلوكهم ، بالاعتماد على الحاجات الفردية للشخص ، وعلى الأغلب أقل ما يمكن أن يحتاجه التوحدى يتضمن علاجاً لمهارات الاتصال وتطوير المهارات الاجتماعية وتنمية الأحساس وتعديل السلوك (Johnson & Dorman, 1996). وتميز الطريقة الجيدة الفعالة بوجود معلمة واحدة للطالب أو لمجموعة صغيرة جداً وللحصول على نتائج جيدة مع الطفل التوحدى يجب أن يتضمن علاجه: التدريب على مهارات الاتصال الحياتي اليومي في أصغر عمر ممكن له .

كذلك تعليمه كيفية قطع الشارع بامان ، والقيام بعمليات الشراء البسيط ، وذلك بالنسبة للذين لديهم على الأقل المستوى العادى من الذكاء .

في الحقيقة يمكن للمعائلة والصف والمعلمين أو أي شخص لديه صلة أن يزود بفعالية قدرة الشخص التوحدي على التأهيل في الحياة والمجتمع سواء في الإرشاد والتصح أو في التدريب عن طريق التعاون مع الأخصائيين في هذه الأضطرابات.

بشكل عام، كان يتواجد 90% من الأفراد التوحديين في المراكز، أما اليوم وبعد الاهتمام، ونتيجة للتخطيط الفردي، والخدمات المقدمة لهم عن طريق البرامج، باستثناء من لديهم اضطرابات شديدة فإنه يمكنهم تعلم مهارات تسمح لهم بتطوير قدراتهم الكامنة.

قائمة المراجع

اولاً: المراجع العربية

- برامح تعديل السلوك، (1988)، مديرية الصحة المدرسية في الإرشاد التربوي والصحة النفسية، عمان، الأردن.
- جرادات، عزت وأخرون، (1983)، التدريس الفعال، عمان.
- حمدان، محمد زياد، (1982)، تعديل السلوك الصفي، مؤسسة الرسالة، الأردن.
- الخطيب، جمال، (1990)، تعديل السلوك والقوانين والإجراءات، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال، (1993)، المشكلات التعليمية والسلوكية، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.
- الخطيب، جمال، ومنى الحديدي، (1997)، المدخل إلى التربية الخاصة، ط١، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- داود، نسيمة، حمدي، نزهه، (1989)، مشكلات الأطفال والراهقين وأساليب المساعدة فيها (مترجم)، الطبعة الأولى، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والشرف التربوي، (1993)، صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم، ط٢، مطبعة الصافي، عمان، الأردن.
- الرزاز، عفيف وشرف الدين، (1994)، دليل تعليم الأطفال المعوقين عقلياً، مترجم.
- الروسان، فاروق، (1998)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الثانية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع - عمان.

- زغور، علي، (1984)، **مذاهب علم النفس** ، دار الأندرس ، بيروت ، لبنان.

- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال، (1987)، **المعوقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم** ، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع ، ط١ ، الرياض ، المملكة العربية السعودية.

- عبد الرحيم، فتحي السيد، (1982)، **سيكلولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة** ، دار القلم ، الكويت.

- القربي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، والصادري، جميل، (1995)، **مدخل إلى التربية الخاصة** ، دار العلم للنشر ، دبي.

- قطامي، يوسف، (1989)، **سيكلولوجية التعلم والتعليم الصفي** ، عمان ، دار الشروق .

ثانياً: المراجع الأجنبية

Axline, Virginia Mae, (1975) **Dibs: in search of self personality development in play therapy.** Harmonds worth, Eng: Penguin Books.

Bergan, J. (1977) , **Behavioral consultation.** Colum, Ohio: Merrill.

Bower, E. (1969). **The early identification of emotionally handicapped children in school** (2nd ed.) spring field, Illinois:Charles c. Thomas.

Bower, F.M. (1978), Pathways upstream: Risks and realities of early screening efforts. **American journal of the psychiatry**, 84, 131-139.

Bowley, Gardener, (1972), **The Handicapped child educational and psychological guidance for the organically handicapped**, Edinburgh: Living stone.

Clarizio H. (1980), **Toward positive classroom discipline.** (Third ed). John wicky of sons.

Clarizio, Harvy, and George, mccoy, (1993), **Behavior disorders in children.** (Third ed). Harper & row. New York.

Cohen, Donald J and Caparulo, Barbara, (1975), Childhood autism. **Children today, July, August.**

Compton, C, (1980), **A Guide to 65 tests for special education.** Pitman learning, Inc. California.

Cruickshank, W. M., Bentzen, F. A., Ratzeburg, F. H., and Tannhauser, M. T (1981) **Teaching methodologies for brain injured and hyperactive children.** Syracuse, N. Y. Syracuse university Press.

Dunn, Lloyd, (1973). **Exceptional children in the schools.** (2nd ed). New York: Holt, Rinehart and winston.

Ehlers and Walter et all, (1973), **An Introduction to mental retardation a programmed text,** Columbus, Merril.

Everard, Margaret, (1976), **An approach to teaching autistic children.** Oxford: Pergamon.

Freeman, B., & Ritvo, E. (1984), "The syndrome of autism: establishing the diagnosis and principles of management", **Pediatric Anals**, Vo 1. 31, no 4.

Greenwood C. R, Walker H.M, & Hops, (1977), Issues in social Interaction, withdrawal assessment, **Exceptional Children**, Vol (43).

Hallahan, D. & Kauffman, J (1978). **Exceptional children: introduction to special education,** Prentic - Hall, INC. Englewood cliffs, New Jersey. U. S. A.

Hallahan, Daniel P, and Kauffman, James M., (1982), **Exceptional children: Introduction to special education,** (2nd ed), Prentic-Hall, Inc, U. S. A.

Hallahan, D & Kauffman, J. (1991) **Exceptional children: Introduction to special education.** (5th ed). Prentic - Hall. Inc, Englewood cliffs, New Jersey.

Heward, W. & Orlansky, M. (1988) **Exceptional children: An Introductory survey of special education** (3rd ed). Charles E. Merrill Publishing company.

Hewett, F. M. (1968) **The emotionally disturbed child in the classroom.** Boston: Allyn & Bacon, Inc.

Johnson, Catriana and Dorman, Ben, (1996), **What is autism?.**

Kauffman, J. (1989) **Characteristics of children's behavior disorders** (4th ed). Columbus, Ohio Charles E. Merril.

Kazdin, Alan E. (1976), **Behavior modification in applied settings.**, Home wood: The Dorsey.

Knablock, Peter., (1983), **Teaching emotional disturbed children**, Boston: Houghton Mifflin.

Kirk, Samuel & Gallagher, James (1989). **Educating exceptinal children** (6th ed). Boston: Houghton Mifflin company.

Lansing, M and Schopler, E, (1976), **Individualized education, a public school model in autism.** Edited by Micheal Rutter & Eric Schopler, Plenum Press, New York.

Lazarus. P, & Strichart, s. (1986), **Psycho educational evaluation of children and adolescents with low - Incidence handicaps.** Gurne & straton, Inc. Orlando, Florida.

Lewis. R, and McLoughlin, J. (1981), **Assessing special students: students strategies and procedures.** Merril company. Columbus.

McDaniel, Jannes, (1976), **Physical disability and human behavior** (2nd ed), pergammon Press, New York.

Millman, Howard L, (1981), **Therapies for school behavior problems.** San Francisco: Jossey - Bass.

Moos, R.(1979) **Evaluating educational environments: Procedures, measurs, findings, and policy implication.** San Francisco: Jossey - Bass.

Newcomer, P,(1980) **Understanding and teaching emotionals disturbed children**, Allyn & Bacon, Inc.

O'leary, K .Daniel , and Terence Wilson, (1975), **Autism: behavioral approaches to treatment in behavioral therapy application and out come.** Englewood (cliffs: Prentic Hall).

O'leary, Dannial K. et al , (1977) **Classroom management** (2nd ed), Pergamon Press.

Patterson, (1986), **Theories of counseling & psychotherapy.** Harper and row, New York.

Paul. J, and Epanchin, C. (1992) **Emotional disturbance in children. Theories & methods for teachers.** Merril publishing company, Columbus.

Quay, H. (1975). **Classification in the treatment of delinquency and anti-social behavior, Issues in the classification of children.** (vol.1) San Francisco : Jossey - Bass.

Rhodes, William & Tracy, Micheal, (1984). "A study of child variance conceptual models". The university of Michigan Press, Michigan, U. S. A.

Rimland, B. (1964) **Infantile autism.** New York: Appleton - Century - Crofts.

Rubin, R. A, Balow. B. (1978) Prevalence of teacher identified, **Exceptional children** vol. 45.

Shea, Thomas M. (1978), **Teaching children and youth with behavior disorders,** The c.v. Mosby company, U. S. A.

Stainback s, and Stainback w., (1980), **Educating children with severe maladaptive behaviors,** Grune & startton, New York,

Steven J. Apter & Conoley J, (1984), **Childhood behavior disorders and emotional disturbance: An introduction to teach troubled children,** Englewood cliffs: prentic hall.

Smith, Deborah D and luckasson R. (1992), **Introduction to special education, teaching in an age of challenge,** Allyn and Bacon, U. S. A.

Swanson, H. (1984), **Teaching strategies for children in conflict.** Mosby college publishing.

Uhlir, Donald M, (1984) Art for exceptional children (Third edition), Duubugae: w.m. C. Brown.

Wallace G, and Kauffman J, (1986), Teaching students with learning and behavior problems.

Walker. J. & Shea, (1980), Behavior modification, st. Louis. C. v. mosby.

Whittaker James K, (1990) Causes of childhood disorders: new findings, National association of social workers, vol. 21, March.

Woody, R. H, (1969). Behavioral problems children in the schools: recognition, diagnosis, and behavioral modification. New York: Appleton - century crofts.

William R. and Van Osdol, (1977), An introduction to exceptional children. C. Brown publishers.

Wing, John K, (1976), Kanner's syndrome in early childhood autism. Pergamon Press, New York.

Wing, Lorna, (1976), Diagnosis, clinical description and prognosis in early childhood autism. Oxford: Pengamon.

معجم المصطلحات

(إنجليزي - عربي)

Achievement	تحصيل
Adaptation	تكيف
Aggression	عدوان
Anal stage	المرحلة الشرجية
Anemia	فقر الدم
Anxiety	قلق
Arousal factor	العوامل المثيرة
Assimilation	تبديل
Attention	انتباه
Atypical children	أطفال غير أسواء
Autonomic functions	الوظائف الاستقلالية
Autism	توحد
Behavior disorders	اضطرابات سلوكية
Behavior modification strategy	استراتيجية تعديل السلوك
Behavior settings	مواقف السلوك
Behavior problems checklist	قائمة شطب للمشاكل السلوكية
Brain damage	تلف دماغي
Biochemical factors	العوامل البيوكيميائية
Biophysical intervention	التدخل البيوفسيولوجي

Causes	أسباب
Checklist	قائمة شطب
Childhood psychosis	ذهان الطفولة
Chronic disobedience	تمرد مزمن
Classification	تصنيف
Clubfoot	القدم المشوهة
Clinical interviews	مقابلات إكلينيكية
Comprehension	استيعاب
Compulsive	قسرية
Communication	اتصال
Conduct disorders	اضطرابات التصرف
Creativ movements	حركات إبداعية
Dance	رقص
Definition	التعريف
Delinquent	المحراف
Developmental factors	العوامل النمائية
Developmental strategy	الاستراتيجية التطورية
Diagnosis	تشخيص
Dimensional approach	متعدد الأبعاد
Disruptive behavior	سلوك فوضوي
Early childhood autism	توحد الطفولة المبكرة
Early infantile autism	توحد الطفولة المبكرة
Ecosystem	نظام

Ecological intervention	التدخل البيئي
Ecological strategy	الاستراتيجية البيئية
Ectomerphy	الجلدي
Emotionally disturbances	اضطرابات انفعالية
Emotionally handicap	إعاقة انفعالية
Exploratory	اكتشاف
Expulsion	تتابع
Expressive arts	فن تعبيري
External environment	البيئة الخارجية
Evaluation	تقسيم
Ego	الأنا
Free play	اللعبة الحرة
Fixation	ثبت
Gential	جنسية
Genetic	جينية / وراثية
Genetic factors	العوامل الوراثية
Gestural prompts	تلقين إيمائي
Head banding	ضرب الرأس
Hemophilia	نزعة وراثية إلى التزف الدموي
Hyperactivity	حركة زائدة أو نشاط زائد
Hypoactivity	قلة النشاط (الخمول)
Id	الهو
Identification	تعرف

Immaturity	عدم النضج
Inattentiveness	عدم الانتباه
Inappropriate emotional reactions	ردود فعل اتفعالية غير ملائمة
Inefficient interpersonal relations	علاقات شخصية غير فعالة
Instability	عدم استقرار
Impulsivity	اندفاع / تهور
Lack of imagination	نقص في التخيل
Latency period	مرحلة الكمون
Location	موقع
Mastrey	إنقاذ
Memory	ذاكرة
Modling	النموذج / غذجة
Mental health	صحة عقلية
Mesomorphy	العظمي
Motivational problems	مشاكل الدافعية
Motor imitation	التقليل الحركي
Motor control	الضبط الحركي
Multiple ratings	التقديرات المتعددة
Music	موسيقى
Negativism	سلبية
Negative reinforcement	تعزيز سلبي
Neurological	عصبية
Neurological factors	العوامل العصبية - النيورولوجية

Oral stage	المرحلة الفموية
Order	تتابع
Over competitiveness	التنافس الشديد
Over correction	التصحيح الزائد
Parasympathetic	الباراسيمباتاوي
Parents ratings	تقديرات الوالدين
Peers ratings	تقديرات الأقران
Perceptual factors	العوامل الإدراكية
Personality	شخصية
Personality disorders	اضطرابات الشخصية
Persistence	الاستمرارية
Phallic stage	المرحلة القضيبية
Physical development	النمو الجسمي
Physical aggression	عنوان جسدي
Physical prompts	تلقين جسدي
Psychodynamic strategy	الاستراتيجية النفسية الدينامية
Psycho somatic complaints	الشكوى من علل نفس جسمية
Psycho educational strategy	الاستراتيجية النفسية التربوية
Psychotherapy	علاج نفسي
Play therapy	العلاج باللعب
Poor self - concept	مفهوم ذات مت殿下
Positive reinforcement	تعزيز إيجابي
Prevalence	الانتشار

Project of re - education	مشروع إعادة التعليم
Punishment	عقاب
Puppets	دمى
Rating scale	مقياس تقدير
Resource room	غرفة مصادر
Responses	استجابات
Response cost	ثمن الاستجابة
Re education	إعادة التعليم
Rocking	اهتزاز
Schizophrenia	الفصام
Screening	كشف
Secondary behavior problems	مشكلات سلوكية ثانوية
Self rating	تقدير الذات
Self - stimulation	الإثارة الذاتية
Sensory experiences	خبرات حسية
Social	اجتماعي
Social immaturity	عدم النضج الاجتماعي
Social maladjustment	سوء التوافق الاجتماعي
Social withdrawal	الانسحاب الاجتماعي
Socialized delinquency	انحراف اجتماعي
Special class	صف خاص
Special skills	مهارات خاصة
Spoken word	كلمة منطوقة

Structure	بناء
Sympathetic	سميثاوي
Super ego	الآنا الأعلى
Suecession	الإخراج (الإحالة)
Tapping	النقر
Teachers ratings	تقديرات المعلمين
Techniques	إجراءات
Three dimensional arts	الفن ذو الأبعاد الثلاثة
Time - out	عزل / إقصاء
Two dimensional arts	الفن ذو البعدين
Verbal aggression	عدوان لفظي
Verbal prompts	تلقين لفظي
Vestibular control	الضبط الداخلي
Written word	كلمة مكتوبة
Withdrawal	انسحاب



عمان، ٢٠١٢، اتحاد الحسيني سوق البقراء، بشاره الـ جعدي

هاتف: ٩٦٦٩٣٨٤٢، فاكس: ٩٦٦٥٤٧٦٦

بريد: ١٨٣٥٢٠، عمان ٩١١١٨ الأردن

ISBN ٩٩٥٩-٠٧-١٣٩٠٩ (ردمك)